Aus dem Bundesgesundheitsamt, Max von Pettenkofer-Institut,
Abt. Humanmedizin und Öffentlicher Gesundheitsdienst
Abt.Ltr.: Direktor und Professor Dr. P.V. Lundt

Berufs- und Einkommenssituation Poliomyelitisgelähmter in Berlin

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Günther Eiselt
aus Teplitz-Schönau

1970

Aus dem Bundesgesundheitsamt, Max von Pettenkofer-Institut,
Abt. Humanmedizin und Öffentlicher Gesundheitsdienst
Abt.Ltr.: Direktor und Professor Dr. P.V. Lundt

Berufs- und Einkommenssituation Poliomyelitisgelähmter in Berlin

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Günther Eiselt
aus Teplitz-Schönau

Dekan: Professor Dr. med. Herbert Lax

Referent: Professor Dr. med. Günter Friedebold

Korreferent: Professor Dr. med. Ludwig v. Manger-Koenig
Staatssekretär im Bundesministerium für
Jugend, Familie und Gesundheit

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 2. Februar 197o

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Berufs- und Einkommenssituation Poliomyelitisgelähmter in Berlin

A) Einleitung

B) Allgemeiner Teil

- I) Erhebungstechnische Fragen
- II) Tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse
  - a) Medizinischer Status
  - b) Sozialstatus

C) Spezieller Teil

- I) Medizinischer Status
- II) Sozialstatus
- III) Sozio-oekonomischer Status
- IV) Beruf
- V) Umwelt

D) Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

E) Literaturverzeichnis

F) Anhang

A) Einleitung

Seit 1961 ist die Zahl der Erkrankungen an Poliomyelitis in West-Berlin erheblich gesunken. Nach den Unterlagen des Statistischen Landesamtes Berlin sind in den Nachkriegsjahren 1946 - 1965 in West-Berlin 3.339 Fälle bekannt geworden.

Tab. 1 Zahl der Erkrankungen an Poliomyelitis in West-Berlin

1947	1.255	196o	59
1955	24o	1961	6
1956	5o	1962	5
1957	61	1963	1
1958	194	1964	4
1959	55	1965	1

Im Mai 196o wurden in West-Berlin 29o.ooo Personen mit einem Cox-Impfstoff gegen Poliomyelitis geimpft (Kochs, [48]). Von den Kindern, die sich beteiligten, befanden sich 5o - 6o % im Vorschulalter. Die Morbidität (Inzidenz) nahm daraufhin rasch ab. Während in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 3. September 196o noch 5o Erkrankungen auftraten, wurden im folgenden Jahr zwischen dem 1. Januar und dem 2. September nur noch 3 Fälle von Poliomyelitis registriert. Dieser Erfolg zeigte, daß Massenimpfungen mit Lebend-Impfstoffen in größeren umschriebenen Gebieten geeignet sind, das Auftreten der Kinderlähmung in engen Grenzen zu halten (Henneberg, [38]). 1962 fand die erste Massenimpfung in der Bundesrepublik mit dem Sabin-Impfstoff statt.

Noch immer aber ist die Zahl derjenigen groß, die, nachdem sie in der Vor-Vakzinations-Aera erkrankten, an postpoliomyelitischen Lähmungen leiden. Schäden dieser Art behalten ungefähr 25 % der an Poliomyelitis Erkrankten zurück. Nach der Bestandserhebung des Bundesgesundheitsamtes aus dem Jahre 1959 wurden 789 Poliomyelitisgelähmte von den orthopädischen Fürsorgestellen West-Berlin betreut. Sie alle bedürfen gesundheits- und sozialfürsorgerischer Maßnahmen, deren Ziel ihre medizinische und soziale Rehabilitation ist.

In Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsamt, dem Senator für Gesundheit, Arbeit und Soziales und den orthopädischen

Fürsorgestellen von fünf Bezirken West-Berlins habe ich 1o2 durch Poliomyelitisfolgen körperbehinderte Menschen über ihre Berufs- und Einkommenssituationen befragt, um einen Einblick zu gewinnen, wie weit ihre Rehabilitation in dieser Hinsicht gediehen ist.

B) Allgemeiner Teil

I) Erhebungstechnische Fragen

In einem nicht zu langen Zeitraum sollten ca. 1oo Probanden in ihrer Wohnung befragt werden. Angestrebt wurde ein gleicher Anteil beider Geschlechter. Ferner sollten die Probanden zwischen 2o und 6o Jahre alt, d.h. zwischen 19o5 und 1945 geboren sein. Eine möglichst hochgradige Behinderung der Probanden (MdE: 5o - 1oo %) ließ erwarten, daß die Charakteristika der Situation Poliomyelitisgelähmter besonders deutlich hervortreten würden. Aus Gründen, die im folgenden dargelegt werden, konnte die Anzahl der Probanden nicht höher sein. Sie durfte aber auch nicht weniger betragen, damit ein reines Zufallsergebnis im Rahmen des Möglichen ausgeschaltet würde.
In den Karteien für Körperbehinderte der orthopädischen Fürsorgestellen Spandau, Zehlendorf, Kreuzberg und Neukölln waren folgende Poliomyelitisgeschädigte im Alter von 2o - 6o Jahren verzeichnet:

Tab. 2 Zahl der Poliomyelitisgeschädigten in vier West-Berliner Bezirken

	männlich	weiblich	insgesamt
Spandau	3o	29	59
Zehlendorf	39	27	66
Kreuzberg	22	23	45
Neukölln	81	79	16o
insgesamt	172	158	33o

Die Angaben über die 33o Behinderten waren zum Teil sehr ungenau. Oftmals lagen die letzten Eintragungen längere Zeit zurück; vielfach waren die Ausdehnung und Schwere der Lähmung nicht zu erkennen. So ließ sich nicht beurteilen, ob ein Besuch erfolgversprechend war oder nicht. Mit Hilfe einer Kartei des Bundesgesundheitsamtes konnten 138 verwertbare Adressen ausfindig gemacht werden. 31 Probanden (21 Männer, 1o Frauen) wurden nach den Akten der orthopädischen Fürsorgestelle von Charlottenburg

ermittelt. Insgesamt 169 Probanden kamen für die beabsichtigte Erhebung in Betracht.

Tab. 3 Zahl der vorgesehenen Probanden

	männlich	weiblich	insgesamt
Spandau	18	15	33
Zehlendorf	11	15	26
Kreuzberg	5	16	21
Neukölln	34	24	58
Charlottenburg	21	1o	31
insgesamt	89	8o	169

Bei der Vorbereitung eines für die Erhebung geeigneten Fragenkatalogs wurde darauf geachtet, ein Gerüst von unabdingbaren Fragen möglichst vollständig festzulegen. Doch sollte dieses Gerüst so flexibel bleiben, daß es Veränderungen und Erweiterungen, die sich erst während des Gespräches mit dem Probanden ergaben, von Fall zu Fall nachträglich aufnehmen konnte, ohne daß das Hauptziel dabei aus dem Blick geriet. Zusätzliche Fragen, so stellte sich heraus, durften nicht auf eine zweite Befragung verschoben, sondern mußten sofort gestellt werden. Einen zweiten Termin hätten einige Probanden wahrscheinlich als unzumutbar empfunden, obgleich mir mehrere das Gegenteil versicherten.

Der Fragebogen (vgl. Anhang) war das Ergebnis dieser Überlegungen; er unterstützte mich bei den einzelnen Befragungen. Der Wortlaut der Fragen wurde nicht fixiert; denn nicht auf eine bestimmte Formulierung kam es an, sondern allein darauf, bestimmte Grundfragen jedem der Probanden vorzulegen, sollten doch auch die Befragungen nicht nach einem starren Schema von Frage und Antwort, sondern eher wie eine Unterhaltung ablaufen. In der Zeit vom 24.1o.1965 bis zum 28.3.1966 erhielten die 169 ausgewählten Körperbehinderten das im Anhang wiedergegebene Schreiben mit frankierter Antwortkarte. Die Schreiben wurden den Probanden etwa eine Woche vor dem angesetzten Befragungstermin zugestellt, damit die Probanden ihren Entschluß, ob sie an der Erhebung mitwirken wollten oder nicht, reiflich bedenken und rechtzeitig die Antwortkarte abschicken konnten. Auch konnte sich der Proband vorher bei Freunden oder anderen Versehrten Rat holen. 2 Frauen, die ich zuvor besucht hatte, fragten bei befreundeten Probanden, als sie mein Schreiben erhielten und ließen sich vom Verlauf des Interviews berichten. Auch beim

Bundesgesundheitsamt konnten sich die Probanden noch über die Art der Fragen erkundigen und sich vergewissern, daß ich in dessen Auftrag handeln durfte. In der Tat baten dort 3 männliche und 4 weibliche Probanden fernmündlich um Aufklärung. Ein zu langes Intervall zwischen Anfrage und vorgeschlagenem Termin hätte manchen Behinderten diesen vergessen lassen. 2 männliche Probanden konnte ich trotz Zusage zur festgelegten Zeit nicht antreffen.

Besondere Überlegungen erforderten es, die Zeit des Interviews festzulegen. Dazu mußten das voraussichtliche Arbeitsende und die Dauer des Heimweges geschätzt werden; die Essenspause und eventuelle abendliche Verabredungen waren zu berücksichtigen; wichtigwar das Fernsehprogramm, das, wie ich annahm und nachträglich bestätigt fand, in der Freizeitgestaltung Körperbehinderter einen großen Raum einnimmt. Weil viele Menschen an arbeitsfreien Wochenenden und an Feiertagen nicht gestört werden wollen, wurde die Befragung auf die Werktage von Montag bis Freitag beschränkt. Bei den ersten Besuchen dann war zunächst die durchschnittliche Dauer des Interviews festzustellen. Schließlich war damit zu rechnen, daß sich die angesetzten Termine verschöben. Damit hierfür ein ausreichender Spielraum bliebe, wurde in den ersten Wochen jeweils nur ein Schreiben pro Tag abgesandt; später konnte diese Zahl auf zwei erhöht werden.

Als günstigste Befragungszeit stellten sich die Stunden zwischen 17,3o Uhr und 19,3o Uhr heraus; nach 2o,oo Uhr wäre mit weiteren Absagen zu rechnen gewesen, da das Aufschließen der Haustüren für die Körperbehinderten oder deren Angehörige allzu mühevoll hätte sein können.

Bei Beginn des Interviews zeigten manche Probanden, insbesondere Frauen, zunächst einige Scheu, doch konnte ich das Vertrauen der Probanden meist rasch gewinnen, wenn ich Grund und Zweck der Befragung erläuterte. Alle Probanden wurden außerdem erneut darauf hingewiesen, daß die Beantwortung einer jeden Frage völlig freiwillig sei. Oft waren außer dem Probanden Angehörige und Freunde zugegen, deren Anwesenheit sich unterschiedlich auf den Verlauf der Befragung auswirkte. Eltern konnten

oft genauere Auskunft über die ersten Krankheitsstadien geben; andere Angehörige und Freunde indessen wirkten durch Unterbrechungen oft störend. Manche Probanden zeigten sich verbittert und beklagten erregt ihre Lebenssituation. Sie mußten darauf aufmerksam gemacht werden, daß das Ergebnis des Interviews keinerlei Einfluß etwa auf die Höhe ihrer Rente oder auf andere einschlägige Angelegenheiten haben werde. Zum anderen konnte ich auf die Rechtsvorschriften zur Förderung der Rehabilitation hinweisen. Auffallend widerwillig reagierte kein Proband auf die Befragung. Alleinstehende Körperbehinderte waren oft dankbar, daß sie sich über ihre Probleme unterhalten konnten und einen Zuhörer fanden, der an ihren persönlichen Sorgen und Nöten teilnahm.

Insgesamt konnten 1o2 Probanden befragt werden.

Tab. 4 Zahl der befragten Probanden

	männlich	weiblich	insgesamt
Spandau	14	1o	24
Zehlendorf	7	6	13
Kreuzberg	4	13	17
Neukölln	13	15	28
Charlottenburg	13	7	2o
insgesamt	51	51	1o2

Die Dauer der Befragung betrug durchschnittlich 45 Minuten, mindestens 3o, höchstens 12o Minuten.

67 Körperbehinderte konnten aus folgenden Gründen nicht befragt werden:

Tab. 5 Gründe für den Verlust von Probanden

	männlich	weiblich	insgesamt
keine Antwort	15	12	27
abgelehnt ohne Angabe von Gründen	4	8	12
unbekannt verzogen	8	3	11
verstorben	5	3	8
verschiedene Gründe[1]	6	3	9
insgesamt	38	29	67

[1] Zeitmangel, Krankheit, Reise u.a.

Die Absagequote betrug demnach 39,6 % (Männer 43,8 %, Frauen 36,3 %). Der Grund der Ablehnung war in 39 von 67 Fällen, einschließlich derer, die nicht geantwortet haben, nicht ersichtlich. Anscheinend konnte trotz der Berücksichtigung der genann-

den Faktoren die gefühlsmäßige Abneigung vor einer häuslichen Befragung in vielen Fällen nicht überwunden werden.

III) Tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse

a) Medizinischer Status

Tab. 6 Alter bei Beginn der Erkrankung

Alter bei Beginn der Krankheit (in Jahren)	Lebensalter zum Zeitpunkt der Befragung (in Jahren)									
	insgesamt		2o-29		3o-39		4o-49		5o-6o	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
0 - 5	25	19	8	9	6	1	3	4	8	5
6 - 1o	17	9	6	5	o	3	o	o	1	1
11 - 15	7	6	3	1	3	1	o	1	1	3
16 - 2o	4	4	1	1	2	3	1	o	o	o
21 - 3o	6	1o	o	2	2	o	3	6	1	2
über 3o	2	3	-	-	o	o	1	o	1	3
insgesamt	51	51	18	18	13	8	8	11	12	14

Die Altersverteilung der männlichen und weiblichen Probanden zeigt ein geringfügiges Überwiegen der jüngeren Jahrgänge bei den männlichen Behinderten: es waren 31 Männer und 26 Frauen zwischen 2o und 39 Jahren. Die Differenz zwischen dem Durchschnittsalter der Männer (37,2 Jahre) und demjenigen der Frauen (37,9 Jahre) ist unerheblich. Tab. 6 bestätigt, daß die Kinderlähmung vorwiegend bei Klein- und Schulkindern auftritt (Anders, [2]). Diese Tatsache brachte Unsicherheit für Teile der Befragung mit sich: Beginn und Verlauf der Erkrankung sowie den Zustand nach der Behandlung konnten viele Probanden nur nach Berichten anderer, wie Eltern, Großeltern oder älterer Geschwister schildern. Nur 9 Männer und 16 Frauen waren nicht auf solche Schilderungen dritter angewiesen. Auch bei diesen lag der Beginn der Erkrankung zum Zeitpunkt der Befragung meist schon ein Jahrzehnt oder länger zurück, so daß mit Ungenauigkeiten, Fehlern oder gar Lücken der Erinnerung gerechnet werden muß. - Recht deutlich sind in der Tabelle die Auswirkungen des Epidemiejahres 1947 zu erkennen, in dem 8 männliche und 13 weibliche Befragte erkrankten. Besonders auffallend dabei ist die Zahl derer, die im Alter von 21 - 3o Jahren erkrankten und somit zur Zeit der Befragung 4o - 49 Jahre alt waren.

Die Schwere der postpoliomyelitischen Lähmungen wäre nur nach einer eingehenden eigenen Untersuchung einigermaßen genau zu

bestimmen gewesen. Aus naheliegenden Gründen wurde darauf verzichtet, zumal dabei subjektive Bewertungen nicht auszuschließen gewesen wären. Der amtlich festgestellte Grad der Versehrtheit gab jedenfalls kein brauchbares Kriterium an die Hand; die Probanden stammten aus fünf Verwaltungsbezirken und waren von verschiedenen Ärzten ohne einheitliche Richtlinien begutachtet worden. Die subjektiv unterschiedlichen Beurteilungsmaßstäbe ließen einen objektiven Vergleich nicht zu. Lediglich einen großen Überblick über die Ausdehnung der Lähmungen konnte ich nach den Angaben der Probanden selbst und nach eigenen Beobachtungen zusammenstellen. Danach verteilten sich die Lähmungen wie folgt:

Tab. 7 Gegenwärtiger Zustand der Probanden

	m	w	insgesamt
Tetraplegie	2	3	5
Paraplegie der unteren Extremitäten	32	24	56
Paraplegie der oberen Extremitäten	3	0	3
Lähmung einer unteren Extremität	5	7	12
Lähmung einer oberen Extremität	0	3	3
Lähmung beider unteren und einer oberen äExtremität	5	5	1o
Lähmung beider oberen und einer unteren Extremität	0	2	2
Lähmung einer unteren und einer oberen Extremität	3	4	7
Rumpflähmungen	1	3	4
insgesamt	51	51	1o2

b) Sozialstatus

Tab. 8 Familienstand

	verheiratet	verwitwet	geschieden	ledig	insgesamt
Männer	29	0	0	22	51
Frauen	12	3	5	31	51
insgesamt	41	3	5	53	1o2

Tab. 9 Kinder

	1 Kind	2 Kinder	3 Kinder	mehr als 3 Kinder	insgesamt
Männer	1O+	7	1	5	23
Frauen	6++	6	0	1	13
insgesamt	16	13	1	6	36

+ 1 Adoptivkind ++ 2 uneheliche Kinder

Von 29 verheirateten männlichen Probanden hatten demnach 22 eigene Kinder; von 2o verheirateten, verwitweten oder geschiedenen weiblichen dagegen nur 11. Auffallend ist der große Anteil der ledigen Frauen, den auch L u n d t [54] und E d e l m a n n [21] bei ihren Erhebungen fanden. Zufällig waren die zum Zeitpunkt der Befragung Geschiedenen und Verwitweten ausschließlich Frauen.

Tab. 1o Wohnungsverhältnisse

Es lebten	in eigener Wohnung	bei Eltern o.Großeltern	bei anderen Verwandten
Männer	3o	16	1
Frauen	29	29	1

	zur Untermiete	zusammen mit mehreren Hauptmietern	insgesamt
Männer	2	2	51
Frauen	0	1	5o+

+ 1 Frau ist hospitalisiert

Tab. 11a	Ein- bzw. Zweifamilienhäuser	Behelfshaus	Etagenhäuser Vorderhaus	Hinterhaus	Seitenhaus
Männer	6	1	36	5	3
Frauen	4	4	34	3	5
insgesamt	1o	5	7o	8	8

Tab. 11b	Keller	Etagenwohnung im: Erdgeschoß	1.	2.	3.	4.
				Stockwerk		
Männer	2	18	13	5	4+	2
Frauen	1	14	1o	8	6+	3
insgesamt	3	32	23	13	1o	5

+ 1 männlicher und 1 weiblicher Behinderte(r) wohnen in einem Naubau mit Fahrstuhl.

Eine Erörterung der Wohnverhältnisse, des Zustandes und der Ausstattung der Wohnungen folgt.

Bemerkenswert ist die Tatsache, daß bei der Wahl einer Neubauwohnung 2 männliche und 2 weibliche Probanden das 2. oder sogar

das 4. Stockwerk dem Erdgeschoß vorgezogen hatten, obwohl in dem Haus kein Fahrstuhl eingebaut war. Als Gründe wurden genannt: bessere Lichtverhältnisse, Vorhandensein eines Balkons, Angst vor Einbrechern.

Der gesetzlichen Schulpflicht hatten 3o Männer und 29 Frauen genügt. Darüberhinaus erwarben 11 männliche und 2o weibliche Probanden die mittlere Reife und 8 männliche und 2 weibliche Behinderte das Abitur. 2 männliche Probanden hatten die Hilfsschule besucht.

Tab. 12 Berufsausbildung

	männlich	weiblich	insgesamt
Handwerks- bzw. kaufmännische Lehre	32	23 ++	55
Ausbildung zum Beamten (Anwärter)	3 +	2	5
Ausbildung auf einer Fachschule +++	6	5 +	11
Ausbildung auf einer Hochschule	3 ++	1	4
private Ausbildung	0	2	2
keine abgeschlossene Ausbildung	7	18	25
insgesamt	51	51	1o2

\+ z.Zt. 1 Proband in der Ausbildung

++ z.Zt. 2 Probanden in der Ausbildung

+++ z.B. Sprachschule, Wirtschaftsschule, Ingenieurschule o.dgl.

4 Männer und 3 Frauen besaßen zwar eine Berufsausbildung, hatten jedoch die Abschlußprüfung nicht bestanden, weitere 3 männliche und 15 weibliche Behinderte brachen entweder ihre Ausbildung ohne Abschlußprüfung ab oder beschränkten sich auf eine Anlernzeit.

Tab. 13 Zur Zeit der Befragung waren

	erwerbstätig	nicht erwerbstätig	in der Ausbildung
Männer	4o	8	3
Frauen	19	29 +	3
insgesamt	59	37	6

\+ Von den 29 nicht erwerbstätigen Frauen waren 14 Hausfrauen.

11 (3 Männer, 8 Frauen) von insgesamt 25 (1o männlichen, 15 weiblichen) Probanden, die vor der Erkrankung erwerbstätig gewesen waren, haben nach Abschluß der Behandlung keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen. Von diesen hatten 4 männliche und 6 weibliche ihren Beruf gewechselt; z.Zt. der Befragung waren von ihnen noch alle 4 Männer, von den 6 Frauen nur noch 2 be-

rufstätig (näheres s. im speziellen Teil).

Tab. 14 Berufswechsel

	ohne Umschulung männlich	ohne Umschulung weiblich	mit Umschulung männlich	mit Umschulung weiblich
a) wegen der Lähmung	7	5	7	3
b) andere Gründe	6	6	3	1
c) a + b	1	0	1	1
insgesamt	14	11	11	5
d) davon mehrmaliger Berufswechsel	3	1	6	2

Insgesamt haben 25 Männer und 16 Frauen ihren Beruf gewechselt. Von ihnen waren zum Zeitpunkt der Befragung 6 weibliche Behinderte nicht mehr berufstätig, sei es, daß ihnen die Arbeit doch zu schwer und anstrengend war (2 Frauen, davon 1 geschieden, 1 ledig), sei es, daß das Einkommen des Ehepartners hoch genug war, so daß die Frau nicht mehr mitverdienen mußte (1 Frau), oder die Familie nahm die Frau so sehr in Anspruch, daß diese nicht einer Erwerbstätigkeit nachgehen konnte (3 Frauen).
Von den Körperbehinderten, die vor Eintritt der Poliomyelitis einen Beruf ausübten, wechselten 3 männliche Probanden und 1 weiblicher ihren Arbeitsplatz, ohne den Beruf zu ändern. Kein Proband kehrte zu seinem ursprünglichen Arbeitsplatz zurück.
Die Angaben der Probanden über Einkommen, Haushaltseinkommen und laufende monatliche Unkosten (Miete, Heizung, Gas, Elektrizität) waren recht genau; entsprechende Fragen wurden bereitwillig beantwortet. Da ich nochmals betonte, daß sämtliche Angaben nur zur wissenschaftlichen Auswertung verwendet würden, und ich zur Geheimhaltung auch gegenüber den Finanzbehörden verpflichtet sei, durfte ich vielfach sogar Einblick in Gehaltsabrechnungen, Lohnstreifen, Rentenbescheide usw. nehmen. Nur 1 Frau konnte keine Auskunft über die Höhe des Haushaltseinkommens geben; 1 Frau war Heiminsassin und verfügte daher über kein Haushaltseinkommen.
In der folgenden Tabelle 15 b ist unter Nettohaushaltseinkommen nach Abzug der Pflichtbeiträge (Steuer, Krankenversicherung usw.)

das tatsächliche Einkommen aller derjenigen Personen zu verstehen, die zu einem Haushalt gehören.

Tab. 15 a Monatliches Nettoeinkommen der Probanden

in DM	Männer	Frauen	insges.
0-100	2	5	7
101-200	0	6	6
201-300	2	7	9
301-400	3	10	13
401-500	3	8	11
501-600	11	3	14
601-700	7	1	8
701-800	4	6	10
801-1000	7	4	11
1001-1200	4	0	4
1201-1500	6	0	6
über 1500	2	0	2
insges.	51	5o +	101

Tab. 15 b Nettohaushaltseinkommen

in DM	Männer	Frauen	insges.
0-200	0	0	0
201-500	2	6	8
501-800	11	17	28
801-1500	34	23	57
über 1500	4	3	7
keine Angaben	0	1	1
insges.	51	5o +	101

+ 1 Heiminsassin bekommt ein Taschengeld.

Tab. 16 Monatliche Kosten für Miete, Heizung, Gas, Elektrizität

in DM	Männer	Frauen	insgesamt
0 - unter 5o	1	2	3
51 - unter 1oo	19	28	47
1oo - unter 15o	18	12	3o
15o - unter 2oo	5	1	6
über 2oo	4	2	6
keine verwertbaren Angaben	4	6	1o
insgesamt	51	51	1o2

Obwohl die Angaben über die Einkommenssituation nicht nur recht zuverlässig erschienen, sondern zum Teil auch belegt werden konnten (s.S. 11), gewinnt man aus den Tab. 15 und 16 nur ein undeutliches Bild der finanziellen Lage der Probanden, sind doch weder in den Tabellen die unterschiedlichen monatlichen Aufwendungen für Miete, Heizung, Gas und Elektrizität berücksichtigt noch die ebenfalls unterschiedliche Zahl der Haushaltsmitglieder. Die folgenden Tabellen geben darum eine Übersicht über das Nettoeinkommen pro Haushaltsmitglied nach Abzug der genannten monatlichen Unkosten, wobei nach dem Beispiel von L u n d t [54] vorschulpflichtige und schulpflichtige Kinder als halbe Haushaltsmitglieder gezählt wurden.

Tab. 17 a — Nettoeinkommen pro Haushaltsmitglied nach Abzug der monatlichen Aufwendungen

in DM	Männer	Frauen	insgesamt
0 - 150	2	2	4
151 - unter 250	10	11	21
250 - unter 400	18	19	37
400 - unter 500	12	4	16
500 - unter 800	4	9	13
über 800	1	0	1
keine verwertbaren Angaben	4	6	10
insgesamt	51	51	102

Tab. 17 b	niedrigster Betrag	durchschnittl. Betrag	höchster Betrag
Männer	114,-- DM	360,-- DM	934,-- DM
Frauen	148,-- DM	360,-- DM	661,-- DM

(Hier vgl. im spez. Teil: sozio-oekonomischer Status, 2. Abschnitt).

Aus der folgenden Tabelle ist die Zahl der Haushaltsmieglieder ersichtlich, wobei hier vorschulpflichtige und schulpflichtige Kinder als ein Haushaltsmitglied gezählt werden.

Tab. 18 — Haushaltsmitglieder

	alle Probanden				Probanden mit eigenem Haushalt			
Zahl	Männer	Frauen	insges.		Zahl	Männer	Frauen	insges.
1	4	8	12		2	7	5	12
2	12	18	30		3	12	4	16
3	17	14	31		4	7	2	9
4	14	7	21		5	0	1	1
5	1	2	3		6	1	0	1
6 u.mehr	3	1	4		10 +	1	0	1
insges.	51	50 ++	101					

\+ höchste Haushaltsgröße

++ 1 Heiminsassin nicht berücksichtigt.

Aus den Tabellen 8, 15, 16, 17 und 18 ergibt sich folgendes: 31 ledige Frauen stehen 22 ledigen Männern gegenüber (Tab. 8). Erheblich mehr männliche als weibliche Probanden leben in Haushalten mit 3 oder mehr Mitgliedern (Tab. 18: 35 M, 24 F). Da andererseits nur in 20 % der Haushalte ein höheres Gesamteinkommen durch erwerbstätige Haushaltsmitglieder erzielt wird, sind demnach die männlichen Versehrten in finanzieller und ma-

terieller Hinsicht stärker belastet. Ferner führen nur 7 Frauen (3 Unverheiratete), aber 21 Männer einen eigenen Haushalt mit mehr als 2 Personen; dagegen bilden 8 Frauen, aber nur 4 Männer einen Alleinhaushalt (Tab. 15).

Demgegenüber zeigt Tab. 15, daß die männlichen Behinderten ein höheres Nettoeinkommen und -haushaltseinkommen aufzuweisen haben, obwohl das Nettoeinkommen pro Kopf nach Abzug der monatlichen Aufwendungen (Tab. 17a) bei 9 Frauen, aber nur bei 15 Männern über 5oo,-- DM liegt.

Während also der effektive Verdienst der männlichen Probanden im allgemeinen höher, aber die Belastung im Haushalt stärker ist, gleichen die weiblichen Probanden das etwas niedrigere Einkommen durch geringere Aufwendungen infolge der größeren Zahl der im elterlichen Haushalt lebenden und der alleinstehenden Versehrten aus. Nur so ist derselbe durchschnittliche Wert von 36o,-- DM in Tab. 17 b zu verstehen.

Bei 8 männlichen Probanden war die Ehefrau Mitverdiener (1 Ehefrau war Hauptverdiener), in 5 Fällen lag dazu eine Notwendigkeit infolge hoher Kinderzahl bzw. geringem Einkommen des Ehemannes vor; bei lo weiblichen Probanden (6 Ehemänner Hauptverdiener, 3 Ehemänner Alleinverdiener) war der Ehemann wesentlich am Haushaltseinkommen beteiligt.

C) Spezieller Teil

Die Zahl der befragten Probanden ist für eine statistische Auswertung zu klein. Die Stichprobe kann nicht repräsentativ für Poliomyelitisgelähmte in Berlin sein. Außer der geringen Zahl der Probanden sind es vor allem zwei Faktoren, die den Aussagewert der Ergebnisse einschränken:
1. Die Erhebung wurde in einer Großstadt durchgeführt,
2. sie beschränkte sich auf Probanden mit schweren Lähmungen.
Die Wahrscheinlichkeit, daß die Befragten bewußt falsche Auskünfte erteilten, ist gering. - Andererseits ist die Zahl von 102 Probanden groß genug, um aus der Erhebung Ergebnisse zu gewinnen, deren Gültigkeit über den befragten Personenkreis hinausreicht. Es ist nicht anzunehmen, daß umfangreichere Befragungen, sofern sie sich ebenfalls auf Großstadteinwohner und schwer Gelähmte beschränken, zu Ergebnissen führen, die denjenigen dieser Befragung völlig zuwiderlaufen.
Das Ziel eines jeden Körperbehinderten ist die völlige Rehabilitation. Bei Poliomyelitikern besteht sie weniger in einer Eingliederung als in einer Wiedereingliederung in das Alltagsleben (Anders, [2]), da die Krankheit vorwiegend im Kleinkind- oder Schulkindalter auftritt (vgl. Tab 6). Diese vollständige Rehabilitation ist nur bei sehr wenigen Probanden (3 Männer, 2 Frauen) erreicht worden. Viele erklärten, daß die Möglichkeiten, einen geeigneten Beruf zu finden, zu gering sind. Andere, die einen Beruf aufnehmen konnten, klagten über ungünstige Arbeitsverhältnisse. Nach Meinung der Probanden trägt zu beidem die Haltung von Arbeitgebern bei, die nur ungern "Krüppel" beschäftigen. Vielfach fehlen auch Einrichtungen, die den Behinderten die Arbeit erleichtern oder gar eine sinnvolle Arbeit erst ermöglichen.

I) Medizinischer Status

Der Eintritt der Erkrankung lag zum Zeitpunkt der Befragung bei den meisten Probanden schon ein Jahrzehnt und mehr zurück (Tab. 6). In einigen Fällen (9 Männer, 16 Frauen) konnte ich von den Befragten selbst anamnestische Angaben erhalten. Viele Probanden aber konnten nur auf Grund von Darstellungen der nächsten Verwandten (Eltern, Großeltern, ältere Geschwister) chronologi-

sche Angaben über die Erkrankung sowie über den Zustand nach der Behandlung machen. Die Probanden erkrankten meist bereits im Kleinkind- oder im Schulkindalter (Tab. 6). Gewöhnlich wurden sie darauf in einem oder mehreren Krankenhäusern behandelt, und zwar zunächst 4 - 6 Wochen auf einer Infektionsabteilung, dann in einer oder mehreren orthopädischen Kliniken.

Tab. 19 Anzahl der Krankenanstalten

	1	2	mehr als 2	insgesamt
Männer	13	18	1o	41 +
Frauen	12	24	8	44 +
insgesamt	25	42	18	85

+ 16 Probanden nur häusliche Behandlung, 1 Frau dauernd hospitalisiert.

Tab. 2o Aufenthalt in Krankenanstalten

	kontinuierlich Männer	kontinuierlich Frauen	intermittierend Männer	intermittierend Frauen	insgesamt
bis 6 Wochen	1	2	0	0	3
6 Wochen bis 6 Monate	11	9	0	1	21
6 - 12 Monate	7	1o	2	2	21
12 - 24 Monate	7	4	3	12	26
über 2 Jahre	5	4	4	1	14
insgesamt	31	29	9	16	85 +

+ s. Fußnote Tab. 19

In eine schwere seelische Krise gerieten die meisten Probanden, als sie erkannten, daß eine Heilung unmöglich sei. So berichtete ein Proband, daß für ihn "die Welt einstürzte"; eine 15jährige wollte"nicht mehr weiterleben" (ohne daß sie freilich einen Suizidversuch beging). Probanden, die im Kleinkindalter erkrankten, wurde ihre Benachteiligung vor allem deutlich, wenn sie mit gleichaltrigen nicht körperbehinderten Spielgefährten zusammentrafen. Eltern und andere Angehörige mußten den Probanden in dieser Zeit seelisch und körperlich ein Halt sein. Doch auch für diese war die seelische Belastung groß. Einige Eltern bedurften in dieser Zeit selbst des Trostes und der Hilfe.

G a r d e m i n [27, 28] empfiehlt während der Rekonvaleszenz eine funktionelle Beschäftigungs- und Arbeitstherapie zur Förderung des Arbeits- und Lebenswillens, zur Übung betroffener Gliedmaßen und zur Vorbereitung auf spätere berufliche Tätigkeit.

Sind Restlähmungen vorhanden, ist es zunächst Aufgabe des Orthopäden, Funktionsstörungen der Bewegungs- und Haltungsorgane mit konservativen und operativen Maßnahmen zu behandeln. Solche Maßnahmen sind bereits nach Abklingen des akuten Krankheitsstadiums notwendig (Hackenbroch und Rütt, [36]).
Von Korrekturoperationen berichteten 2o männliche und 2o weibliche Probanden mit folgenden (subjektiven) Ergebnissen:

Tab. 21 durch Korrekturoperationen

	gebessert	unverändert	verschlechtert
Männer	14	5	1
Frauen	11	6	3
insgesamt	25	11	4

Bei 6o von 85 Körperbehinderten, die in Krankenanstalten behandelt worden waren, hatte sich der Zustand nach Entlassung aus stationärer Behandlung subjektiv gebessert, 1o Probanden empfanden keine Veränderung, und 15 glaubten eine Verschlechterung beobachtet zu haben. Von den 16 Probanden, die in der Wohnung behandelt worden waren, klagten nur 2 Paraplegiker nicht über ihren Zustand.
L a m p e r t [49] hält eine wesentliche Besserung bestehender Lähmungen auch noch nach 1o - 4o Jahren (durch Hyperämie des ZNS und der betroffenen Muskelgruppen) für möglich. Andere Autoren (Gardemin [27], Kukowka [46,47]) beurteilen die Prognose der Poliomyelitisgelähmten äußerst zurückhaltend. F r i e d e b o l d [25] nimmt an, daß echte Reparationen jenseits der Zweijahresgrenze nicht nur äußerst selten, sondern - wenn sie überhaupt vorkommen - von so geringfügiger Größenordnung sind, daß sie vernachlässigt werden können, da sie quantitativ nicht ins Gewicht fallen. Keiner meiner Probanden berichtete von einer wesentlichen subjektiven oder objektiven Besserung nach mehr als fünf Jahren. Die Behinderten (25 männliche, 28 weibliche) betonen aber, daß ihnen Kuraufenthalte, verbunden mit einer Spezialbehandlung, von 4 - 6 Wochen "neue Kraft" gegeben hätten, und daß sie mit neuem Mut in das Alltagsleben zurückgekehrt seien.
Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation spielt die apparative Versorgung eine wichtige Rolle. Orthopädische Hilfsmittel sind vielfach die wichtigste Voraussetzung für eine optimale Ausnutzung der verbliebenen körperlichen Leistungsfähigkeit und damit

für die soziale (nicht für berufliche) Eingliederung (Lundt, [54] u.a.).

Tab. 22a Orthopädische Versorgung +

	Männer	Frauen	Insgesamt
Beinstützapparate	33	29	62
Armstützen	12	12	24
Armschienen	0	1	1
Stützkorsett	7	9	16
orthopäd. Schuhe	17	15	32
kleine Hilfsmittel (Stock, Einlagen in Schuhen)	9	11	2o

Tab. 22b Große Hilfsmittel+

	Männer	Frauen	Insgesamt
Selbstfahrer (nicht mot.)	11	5	16
Selbstfahrer (mot.)	4	1	5
Rollstuhl	4	11	15
Personenkraftwagen	23	6	29

+ einige Probanden besitzen mehrere Hilfsmittel.

Die zur Verfügung stehenden Hilfsmittel werden regelmäßig benutzt. Doch machten einige Probanden keinen Hehl daraus, daß man "auch so auskommt", daß die Stützapparate "zu schwer" oder "zu unbequem" seien, daß sie "zu schwach" seien oder gar "sowieso nichts nützen". Selbstfahrer werden nach Erwerb eines Kraftwagens für den Weg zur Arbeitstelle nicht mehr benutzt, sondern dienen nur noch zur gelegentlichen Ausflugsfahrt oder aber als Ersatz bei Ausfall des Automobils. Ein Proband benötigt den Rollstuhl nicht mehr, weil sein Zustand sich wesentlich gebessert hat.

Die Träger der Kosten für die Hilfsmittel waren meist nicht zu ermitteln (für PKW's s. sozio-oekonomischer Status). 28 Probanden (12 Männer, 16 Frauen) glaubten sich daran zu erinnern, ihre orthopädischen Apparate selbst bezahlt, 21 (11 Männer, 1o Frauen) daran, sich an den Kosten beteiligt zu haben.

Tab. 23 Gebrauch von Hilfsmitteln

	regelmäßig		unregelmäßig		unbenutzt		insges.
	m	w	m	w	m	w	
Beinstützapparate	23	16	4	4	6	9	62
Armstützen	1o	12	2	-	-	-	24
Armschienen	-	-	-	-	-	1	1
Stützkorsett	6	8	1	-	-	1	16
orthopäd.Schuhe	15	11	2	2	-	2	32
kleine Hilfsmittel	9	1o	-	-	-	1	2o
Selbstfahrer	6	3	6	2	3	1	21
Rollstuhl	4	1o	-	-	-	1	15
Personenkraftwagen	23	6	-	-	-	-	29

II) Sozialstatus

Von 49 verheirateten, verwitweten oder geschiedenen Probanden (s.Tab. 8) hatten 39 ihre Ehen (27 Männer, 12 Frauen) nach, nur 1o (2 Männer, 8 Frauen) vor Krankheitsbeginn geschlossen. Bei 2 von den 5 Ehescheidungen war die Körperbehinderung der Anlaß; doch waren andere Gründe nicht auszuschließen. Zwei Ehen, in denen beide Partner körperbehindert waren, erschienen mir harmonisch. Ein allgemeines Urteil über solche Ehen ist jedoch nicht möglich.

Von 22 männlichen Behinderten mit insgesamt 45 eigenen Kindern sind 2o nach Eintritt der Kinderlähmung Väter geworden. 17 Kinder wurden von 1o körperbehinderten Frauen zur Welt gebracht; dabei traten in 2 Fällen Komplikationen auf (eine Zangengeburt, eine Sectio caesarea), bei vier Frauen war Wehenschwäche aufgetreten. A n d e r s [4] stellte bei 4 von 39 Geburten Komplikationen fest.

Die Eltern der Probanden waren meist (7o %) verstorben; einige Gelähmte (15 %) hatten Vater und Mutter bereits in der Kindheit verloren. Der überwiegende Teil hatte ein oder mehrere Geschwister. Die Probanden, die ihre Eltern frühzeitig verloren hatten und keine Geschwister zu ihrer Unterstützung besaßen, schienen mir bereitwilliger Auskunft zu geben als die anderen.

Die folgende Tabelle zeigt den Berufsstand des Vaters; bei zwei unehelichen Kindern wird, weil der Vater unbekannt ist, der Beruf der Mutter aufgeführt.

Tab. 24 Berufliche Stellung des Vaters bzw. der Mutter

	männlich	weiblich	insgesamt
ungelernter Arbeiter	2	1	3
Facharbeiter, Handwerker	19	24	33
mittl.Angestellter oder Beamter	18	24	42
leitender Angest. oder Beamter	6	5	11
selbständig	6	7	13
insgesamt	51	51	1o2

Von 37 Probanden, die bei den Eltern, Großeltern oder anderen Verwandten wohnten (s.Tab. 1o), besaßen 11 männliche und 12 weibliche ein eigenes Zimmer. 3o Männer und 29 Frauen waren Mieter einer eigenen Wohnung, 3 Probanden (2 Männer, 1 Frau) waren in einer Wohnung mit mehreren Hauptmietern untergebracht.

Tab. 25 Größe der Wohnungen

(eigene Wohnung bzw. Wohnung mit mehreren Hauptmietern; ohne Berücksichtigung von Küche, Toilette und Bad bzw. Dusche und Korridor)

	männlich	weiblich	insgesamt
1 Zimmer	5	9	14
2 Zimmer	8	8	16
1 1/2 Zimmer	3	3	6
2 1/2 Zimmer	5	5	1o
3 Zimmer	7	3	1o
4 Zimmer	2	2	4
mehr als 4 Zimmer	2	o	2

73 (41 männliche, 32 weibliche) Behinderte in 1o2 Wohnungen hatten ein Bad oder eine Dusche; 27 Wohnungen waren mit einer Zentralheizung ausgestattet. Manche Probanden zogen jedoch eine ofenbeheizte Wohnung einer zentralbeheizten trotz der damit verbundenen Mühen vor, weil sie diese als "zu trocken" empfanden und sich daher in ihr "weniger wohl fühlten".

Eine differenziertere Aussage über die Wohnungsverhältnisse ermöglicht die Bewertung von L u n d t [54]. Danach wird die Zahl aller Bewohner (Säuglinge und Kinder zählen als Erwachsene) pro Wohnraum (ohne Berücksichtigung der Küche, Toilette, Bad und sonstigen Nebenräumen) mit einem"Ausstattungsfaktor" multipliziert. Dieser Ausstattungsfaktor beträgt bei

Wohnung mit Toilette, Bad und Zentralheizung	1
Wohnung mit Toilette, Bad und Ofenheizung	2
Wohnung mit Toilette, ohne Bad bzw. Dusche	3
Wohnung ohne Bad und eigene Toilette	4

Bauzustand, Lage, Besonnung usw. werden entsprechend in die Bewertung einbezogen. Danach lassen sich fünf Gruppen bilden:

unter 1,5	sehr gut
1,5 - 1,9	gut
2,o - 6,o	angemessen
6,1 - 8,o	schlecht
über 8,o	sehr schlecht

Welches Ergebnis eine solche Berechnung, angewandt auf die Probanden dieser Erhebung, hat, zeigt die folgende Tabelle:

Tab. 26 Wohnverhältnisse

	männlich	weiblich	insgesamt
sehr gut	9	11	2o
gut	8	4	12
angemessen	3o	26	56
schlecht	4	7	11
sehr schlecht	o	2	2
insgesamt	51	5o+	1o2

+ s.Fußnote Tab. 1o

Der Einwand, solche Quantifizierungsversuche ansich überaus differenzierte Gegebenheiten und deren Gegenüberstellung in einer Tabelle erfaßten die Wohnverhältnisse nur unzureichend, wurde durch nachträgliche Vergleiche dieser schematischen Bewertungen mit den realen Zuständen weitgehend entkräftet. Für einen Körperbehinderten freilich sind manche Einzelheiten von größerer Bedeutung, als es in der Tabelle dargestellt werden konnte. Obwohl nur 13 Wohnungen objektiv als"schlecht"oder "sehr schlecht" eingeordnet werden mußten, klagten 22 Versehrte (12 männliche und 2o weibliche) über Behinderungen durch Türschwellen, eine zu hoch gelegene, zu kalte oder zu feuchte Wohnung, über die Außentoilette auf dem Treppenpodest oder außerhalb des Hauses.

Ein ernstes Problem kann für den Körperbehinderten die Unterbringung seiner großen Hilfsmittel bedeuten. Während der Versehrte für seinen Rollstuhl gewöhnlich einen geeigneten Platz in der Wohnung finden kann, muß er seinen Selbstfahrer in einem gesonderten überdachten und abschließbaren Abstellraum unterbringen. Von 21 Gelähmten mit einem Selbstfahrer besitzen 15 (11 Männer, 4 Frauen) eine solche Unterstellmöglichkeit; 3 können ihr Gefährt zwar unterstellen, aber nicht sichern; für 3 weitere Selbstfahrer ist keine Abstellmöglichkeit vorhanden. Aus den letzten beiden Gruppen klagten 2 weibliche und 3 männliche Probanden, die mit ihrem Selbstfahrer täglich zu ihrer Arbeitsstelle fahren, über wiederholte Beschädigungen durch spielende Kinder.

Insgesamt 29 Probanden (23 männliche, 6 weibliche) verfügen über einen Personenkraftwagen, 6 Männer und 1 Frau über eine Garage. Für Kraftwagenbesitzer, die keine Garage zur Verfügung haben, ist der Winter besonders beschwerlich. Der Kraftwagen kann dann häufig erst benutzt werden, nachdem die Scheiben enteist sind, oder das Türschloß aufgetaut werden mußte, Tätigkeiten, die ei-

nem Körperbehinderten nicht selten schwerfallen. Hilfe Dritter lehnen sie zudem oft ab: "Das kann ich auch allein schaffen" oder "Da brauche ich nicht erst meine Frau zu holen" erhielt ich oft als Antwort auf entsprechende Fragen.

III) Sozio-oekonomischer Status

Das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen pro Haushaltsmitglied beträgt nach Abzug der Kosten für Miete, Heizung, Gas und Elektrizität 36o,-- DM (Tab.17b). Die genannten Kosten waren nicht mit Genauigkeit zu bestimmen, da sie z.T. ohnehin schwanken. Meist waren von den Probanden nur Schätzwerte zu erhalten. Als monatlichen Durchschnittsbetrag pro Haushalt (nicht pro Haushaltsmitglied) darf man jedoch ungefähr 1oo,-- DM ansetzen (Tab.16). An dieser Stelle verspräche ein Vergleich mit dem Durchschnittseinkommen eines berufstätigen Erwachsenen in Berlin interessante Resultate, jedoch sind aus der "Berliner Statistik" nur durchschnittliche Bruttoarbeitsverdienste der Industrie- und Bauarbeiter (Oktober 1965 - April 1966 zwischen 184 und 192 DM) bzw. durchschnittliche Bruttomonatsverdienste der Angestellten (in demselben Zeitraum zwischen 823 und 898 DM) ohne Berücksichtigung der Abgaben, der Haushaltsmitglieder und der monatlichen Kosten für Miete, Heizung, Gas und Elektrizität ersichtlich. Eine sehr ungenaue Schätzung mit Einbeziehung der Tab. 28 ergäbe bei monatlichen Abgaben zwischen 2o - 25 % einen leicht geringeren Verdienst der befragten Probanden zu dieser Zeit. (Durchschnittliches Nettoeinkommen der Probanden n. Tab. 15a ca. 6oo,- DM; durchschnittliches Nettoeinkommen der Arbeiter ca. 6oo,- bis 64o,- DM; durchschnittliches Nettoeinkommen der Angestellten ca. 64o,- bis 69o,- DM).

Anders steht es mit den Werten für die gesamte Bundesrepublik Deutschland: Das Volkseinkommen je Einwohner betrug 1965 hier (einschl. Saarland und West-Berlin) 482,- DM (Arbeits- und sozialstat. Mitteil. des Bundesmin. für Arbeit und Sozialordnung 1966 [13]). Bei einem weiteren sehr ungenauen Vergleich sind auch hier unter Berücksichtigung der Erwerbspersonen (59 Probanden erwerbstätig, 6 Probanden in der Ausbildung; 1965 in der BRD 46,1 v.H. der Bevölkerung erwerbstätig) und des personellen Unterschiedes (Haushaltsmitglied, Einwohner) die befragten Polio-

myelitisgelähmten finanziell etwas schlechter gestellt.
Auf die Frage, ob die Probanden ihr Einkommen als angemessen ansehen, erhielt ich folgende Antworten:

Tab. 27

	Männer	Frauen	insgesamt
ja	32	17	49
nein	14	2o	34
keine verwertbaren Angaben	4	14	19
insgesamt	51	51	1o2

Die Tabelle zeigt, daß eine größere Zahl weiblicher Probanden mit der Höhe des Einkommens unzufrieden ist; bei 7 von ihnen schien mir dennoch eine angemessene Lebenshaltung gesichert. Andererseits erklärten sich 2 Männer und 3 Frauen mit ihrem Einkommen zufrieden, obgleich ihre Lebenshaltung nach meinem Eindruck sehr dürftig war. Eine Unterstützung vom Sozialamt, seien es Zuwendungen von Bargeld oder Kohlen- oder Kleiderzulagen, erhielten 9 männliche und 9 weibliche Behinderte, ohne jedoch einen Rechtsanspruch darauf zu haben.
Einige Beispiele können vielleicht einen Einblick in die verschiedenartigen Situationen gewähren:

Fall 1: 59jährige Chefsekretärin, in guten Verhältnissen lebend, mit völliger Lähmung des rechten Beines undstarken Bewegungseinschränkungen im linken. Das monatliche Nettoeinkommen von DM 99o,- bezeichnet sie als nicht angemessen und nicht ausreichend, obwohl ihr nach Abzug der monatlichen Aufwendungen (Miete, Heizung, Gas, Elektrizität) noch DM 66o,- zur Verfügung stehen. Da sie Kunstgegenstände sammelt und außerdem einen 26jährigen Neffen unterstützt, kann sie nach ihren Angaben nur ca. 25,- DM monatlich für das Alter sparen, und: "Das wäre doch zu wenig". (Probandin ist ledig).

Fall 2: 55jährige Probandin, in sehr ärmlichen Verhältnissen lebend (Einzimmerwohnung ohne Bad bzw. Dusche und ohne Toilette), mit völliger Lähmung des rechten Beines und des linken Armes. Sie hat mehrere Berufe ausgeübt, jedoch ohne Erfolg. Auf Veranlassung der Sozialfürsorgestelle muß sie ihre Mutter mit ihrer Rente unterstützen. Monatlich erhält die Probandin 37,- DM Sozialunterstützung und zusätzlich loo,- DM Pflegegeld (verwitwete Mutter ist arm und hilft ihrer Tochter, soweit sie es mit 8o Jahren kann). Erst wenn die Mutter gestorben ist, soll ihre Sozialunterstützung angehoben werden. Trotzdem ist die Frau zufrieden.

Fall 3: 35jähriger Proband, rechtes und linkes Bein gelähmt, lebt mit der leicht körperbehinderten Ehefrau in einer Einzimmer-Neubauwohnung, die Bad und Toilette hat und im Erdgeschoß liegt. Vom Balkon aus führt eine schiefe Ebene in den Garten, die mit dem Rollstuhl benutzt werden kann. Die beiden Kinder schlafen im Flur. Beide Eheleute arbeiten nicht, da sie nach ihren Aussagen durch Erwerbstätigkeit weniger Geld erhielten als die Sozialfürsorge ihnen zahlt (6oo,- DM, zusätzlich Kohlen- und Kleiderzulagen).

Nach dem Bundessozialhilfegesetz vom 3o.6.1961 (Bundesgesetzblatt I, S.815) können körperlich Behinderte viele Hilfsmöglichkeiten in Anspruch nehmen. Nachdem das Bundessozialhilfegesetz das Körperbehindertengesetz abgelöst hat, sind diese Hilfsmöglichkeiten wesentlich mannigfaltiger geworden (§ 4o BSHG); doch werden diese Leistungen auch weiterhin nicht periodisch den steigenden Lebenshaltungskosten angeglichen. Viele Probanden konnten keine Angaben darüber machen, ob die Hilfsmaßnahmen, die ihnen gewährt wurden, auf dem BSHG fußen. Lediglich 23 Kraftwagenbesitzer (18 Männer, 5 Frauen) berichteten über einen finanziellen Zuschuß nach den Vorschriften des BSHG beim Erwerb ihres Fahrzeuges.

Die Rentenversicherungsträger (Rentenversicherung für Arbeiter, Angestelltenversicherung, Knappschaftliche Rentenversicherung) gewähren nur dann eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, wenn sich der Zustand eines Behinderten infolge der Berufstätigkeit objektiv verschlechtert hat (Schwarze, [64]). Falls die Kinderlähmung während einer versicherungspflichtigen Tätigkeit eintritt, wird über eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit erst nach Abschluß der Rehabilitationsmaßnahmen entschieden. Da die Berufstätigkeit Poliomyelitisgelähmter nicht selten stärker als den Durchschnitt der Erwerbstätigen körperlich beansprucht und daher ihre Erwerbsfähigkeit vorzeitig mindern kann, wird man für sie generell eine vorzeitige Erwerbs- und Berufsunfähigkeit erwägen müssen, spätestens mit dem 6o. Lebensjahr (Nixdorf - Bornemann, [57]).

Eine Rente wegen Berufsunfähigkeit erhalten 17 (4 Männer, 13 Frauen), eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit 9 Probanden (5 Männer, 4 Frauen).

Nach § 1 Abs. 6 des Hilflosenpflegegeldgesetzes vom 1o.5.1962 erhalten 34 Probanden (17 Männer, 17 Frauen) eine Pflegezulage von 1oo,- DM monatlich (Stufe I), 13 Behinderte (8 Männer, 5 Frauen) von 15o,- DM monatlich (Stufe II), 1 Mann und 1 Frau erhalten je 24o,- DM monatlich (Stufe III).

Infolge der Körperbehinderung entstehen den Versehrten Mehrausgaben. Da ist einmal die Beteiligung an den Kosten der orthopädischen Hilfsmittel. 1o Behinderte (8 männliche, 2 weibliche)

zahlen die anfallenden Reparaturkosten sogar selbst, da ihnen "der Weg zur zuständigen Behörde zu weit ist" und es ihnen "zu umständlich"erscheint, die Erstattungskosten zu beantragen. 4 Probanden wiesen darauf hin, daß die orthopädische Fürsorgestelle ihres Bezirkes im 2. Stockwerk gelegen und, da ein Fahrstuhl fehlt, von Behinderten schwer zu erreichen ist. Diese Angaben sind, wie ich mich vergewisserte, zutreffend. - Besonders der verstärkte Verschleiß der Kleidung durch den ständigen Gebrauch der orthopädischen Stützapparate verursacht Mehrbelastungen. Gelegentlich betonten Probanden auch die auffallend starke Abnutzung von Polstermöbeln durch die Stützapparate. - Einigen Probanden entstanden zusätzliche Kosten für Arzneimittel, Massagen und krankengymnastische Übungen. Warum hierfür kein Kostenträger gefunden werden konnte, war nicht zu klären.

7 Probanden (3 Männer, 4 Frauen) würden auf einen Kraftwagen verzichten, wenn der Arbeitsweg nicht zu beschwerlich wäre.

7 Hausfrauen können auf die Dienste einer Haushaltshilfe gegen ein (freilich laufend steigendes) Entgeld zählen; weitere 3 schwerbehinderte Frauen suchen schon seit langer Zeit ohne Erfolg nach einer zuverlässigen Pflegeperson oder Haushaltshilfe. Nach Annahme von 5 Männern und 15 Frauen wären ihre Ausgaben für Telefon und Taxi niedriger, wenn keine Behinderung vorläge. Mit Rücksicht auf diese außergewöhnlichen Belastungen werden Körperbehinderten differenzierte steuerfreie Jahrespauschbeträge gewährt [61]; jedoch konnte ich nicht ermitteln, inwieweit die Mehrkosten dadurch im Einzelfall abgegolten wurden.

18 männliche und 5 weibliche Versehrte beklagten, daß die Hilfeleistungen für Zivil- und für Kriegsbeschädigte unterschiedlich seien, Kriegsbeschädigte im Gegensatz zu Zivilgeschädigten einen Rechtsanspruch auf eine Rente hätten und sie haltbarere Körperersatzstücke und andere Hilfsmittel erhielten. Viele Probanden waren darüber verbittert, daß Körperbehinderte mit zwar gleichem medizinischem Befund, aber verschiedener Genese nach zwei verschiedenen Gesetzen (Bundessozialhilfegesetz, Bundesversorgungsgesetz) unterstützt - auch die Berufsgenossenschaftliche Unfallversicherung leistet u.a. auf dem Gebiet der Rehabilitation mehr - und die Probanden dadurch erheblich benachteiligt würden.

D u n t z e [19]spricht von den drei Säulen des sozialen Siche-

rungssystems: Sozialversicherung, Versorgung und Fürsorge. Während Sozialversicherung und Versorgung an feste Tatbestände gebunden sind, den geleisteten Versicherungsbeitrag bzw. das Opfer, das der zu Versorgende vorher gebracht hat, versucht die Fürsorge als Ergänzung zur Sozialversicherung und Versorgung individuelle Notstände zu lindern, wenn schon nicht zu beheben. Das Bundessozialhilfegesetz soll den Hilfeempfängern zu einem Leben verhelfen, das der Würde des Menschen entspricht, die zu achten und zu schützen nach Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes Verpflichtung aller staatlichen Gewalt ist.

Erstaunlich war die Unkenntnis vieler Probanden hinsichtlich der gesetzlichen Hilfsmöglichkeiten für Körperbehinderte (10 männliche, 22 weibliche Probanden), obgleich Merkblätter für körperlich Behinderte in den Fürsorgestellen ausliegen und Fürsorgekräfte als Berater zur Verfügung stehen. Einige Versehrte, vor allem weibliche, zeigten jedoch Scheu und Abneigung vor den behördlichen Stellen. Aussprüche wie "mir wird doch nicht geholfen", "es hat keinen Zweck" oder "ich bin schon einmal abgewiesen worden", waren nicht selten. Manche Probanden, meist alleinstehende, waren überraschend indolent gegenüber ihrer Körperbehinderung; sie meinten, ihnen könne "sowieso nicht mehr geholfen werden". Der Lebensmut schien diesen Menschen verlorengegangen zu sein. Viele Probanden aber versicherten, daß ihnen in privaten wie öffentlichen Institutionen und Gesellschaften sowie in gemeinnützigen Vereinen für Körperbehinderte, speziell auch für Poliomyelitisgelähmte, aufopfernde Hilfe nicht nur materieller, sondern auch persönlicher Art zuteil wurde.

IV) Beruf

Eine wesentliche Voraussetzung der beruflichen Rehabilitation der Behinderten ist die Zusammenarbeit der zuständigen Behörden und privaten Organisationen (Albert,[1], Lundt,[54]). Einer Berufsausbildung können Poliomyelitisgelähmte je nach Art und Schwere ihrer Behinderung zugeführt werden (Katthagen,[44]). Insgesamt scheinen auf Grund der Fortschritte im medizinischen und technischen Bereich die Berufsaussichten für Körperbehinderte besser zu sein als früher. Jedoch fordern G a r d e m i n [27] und L i n d e m a n n [51, 52, 53] über die bisherigen Maßnahmen

hinaus eine funktionelle Beschäftigungs- und Arbeitstherapie bereits während der medizinischen Rehabilitation, um die Behinderten auf ihre spätere berufliche Eingliederung vorzubereiten. In den USA wertet ein speziell ausgebildeter "Counselor" die Ergebnisse der ärztlichen und psychologischen Diagnosen und Therapie aus; er ist für die Aufstellung eines "Rehabilitationsplanes" verantwortlich (Panse,[58]). In England wird ein D.R.O. (Disablement Resettlement Officer)[56] als Verbindungsmann zwischen den einzelnen Abschnitten der Rehabilitation tätig. In der Bundesrepublik (einschließlich West-Berlin) soll der Träger der Sozialhilfe zusammen mit dem Behinderten, dem behandelnden Arzt, dem Landesarzt und mit den Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung den Gesamtplan für die soziale und berufliche Rehabilitation aufstellen und die geplanten Maßnahmen durchführen (§ 46 BSHG). Als Hilfsmaßnahmen sind im BSHG neben ambulanter oder stationärer Behandlung die Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln, die Hilfe zur Schulbildung, die Ausbildungshilfe, Hilfe zur Fortbildung im früheren Beruf oder Umschulung und Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben verankert (§ 4o Abs. 1).

Schulausbildung erhielten von 6o Probanden, die im Alter von 1o Jahren und darunter erkrankt waren (s.Tab. 6), in Form von Heim- bzw. Hausunterricht 16. Zu 9 Probanden (4 männlichen, 5 weiblichen) kam ein Lehrer wöchentlich 6 - 9 Stunden in die Wohnung der Eltern. 3 Jungen und 4 Mädchen besuchten eine Heimschule. 6 Mütter berichteten, daß sie ihre behinderten Kinder jeden Tag zur Schule gebracht und wieder abgeholt hätten; besonders schwierig war dies für 2 Mütter, die halbtags einer Erwerbstätigkeit nachgingen und weitere Kinder zu betreuen hatten.

Eine Berufsausbildung erhielten 15 Versehrte (9 Männer, 6 Frauen) in einer orthopädischen Anstalt; alle konnten nach der Abschlußprüfung in das Berufsleben eingegliedert werden. Von den übrigen 87 Behinderten hatten 7 Männer und 17 Frauen keine Abschlußprüfung (s.Tab. 12); sie waren als ungelernte Arbeiter, als Angestellte ohne Ausbildung oder als Hausfrauen tätig.

Eine Probandin konnte trotz aller Bemühungen infolge der schweren Behinderung ihre Ausbildung nicht mit einer Prüfung abschließen:

Fall 4: 35jährige Frau; wegen schwerer Tetraplegie hospitalisiert, seit Kindheit verwaist, in Kinder- und Jugendheimen aufgewachsen. Nachdem sie vier Semester lang als Rundfunksprecherin ausgebildet worden war, wurde die weitere finanzielle Unterstützung abgelehnt, da ihr nunmehr keine Berufsmöglichkeiten eingeräumt wurden. Ein Antrag auf ein Elektromobil wurde nicht bewilligt, da sie keinen Beruf ausübe (!). Das Taschengeld wird von der Sozialfürsorge unregelmäßig gezahlt. Im Hospital hält sie mehrmals im Monat gegen ein sehr geringes Entgelt kleinere Vorträge. 1 1/2 Jahre nach der Befragung schrieb mir die Probandin, daß sie inzwischen zwar ein Elektromobil erhalten habe; finanzielle Hilfe zur weiteren Berufsausbildung werde ihr jedoch noch immer nicht gewährt, da sie nicht den Nachweis erbringen könne, daß sie nach erfolgreichem Abschluß ihren Beruf werde ausüben können.

G i e t [29,3o] und D i c k e [17] unterstreichen die berufliche Bewährung der poliomyelitisgelähmten Heimschüler; B r i e f s [11,12] fand unter den Kindergelähmten, die keine Heimfürsorge erhielten, einen verhältnismäßig hohen Prozentsatz von Ungelernten. Allerdings beziehen sich die Arbeiten dieser Autoren hauptsächlich auf handwerkliche Berufe. V i e t o r [66] weist darauf hin, daß Körperbehinderte zum Industriearbeiter ausgebildet oder umgeschult werden sollten, da es an hendwerklichen Arbeitsplätzen mangele. B r i e f s [9,1o] erhoffte eine günstige Entwicklung der Zusammenarbeit zwischen Industrie und Handwerk.

Tab. 28 Beruf zur Zeit der Befragung

	Männer	Frauen	insgesamt
ungelernte Arbeiter	2	5	7
Facharbeiter bzw. Handwerker	9	2	11
mittl.Angestellte bzw. Beamte	2o	12	32
leitende Angestellte bzw. Beamte	7	o	7
Selbständig	2	o	2
Hausfrauen	-	14	14
Rentner bzw. Pensionäre	4	1	5
berufslos	4	14	18
in der Berufsausbildung	3	3	6
insgesamt	51	51	1o2

Nur 15 Probanden wurden in einer Heimwerkstatt ausgebildet; davon vertauschten 5 später die Tätigkeit eines Arbeiters oder Handwerkers mit demjenigen eines Angestellten. Ferner wechselten insgesamt 25 von 41 Versehrten wegen ihrer Lähmung den Beruf (s.S.12). Infolgedessen stehen nunmehr 39 Behinderten oder Beamten nur 18 Arbeiter und Handwerker gegenüber. Allerdings ist anzumerken, daß es sich um Einwohner einer Großstadt handelt. 7 Probanden (3 männliche, 4 weibliche) versicherten, daß ihre

finanzielle Lage sich auf Grund des Berufswechsels verschlechtert hätte; dagegen besserte sie sich bei 22 Probanden (16 Männer, 6 Frauen); bei 12 blieb sie unverändert. Die Letzgenannten betrachten es jedoch als Vorteil, daß ihre neue Tätigkeit weniger anstrengend ist.
Die 7 Probanden, deren finanzielle Lage sich verschlechtert hat, hatten den Beruf ohne Umschulung gewechselt; 2 Männer und 1 Frau mehrmals; 4 weibliche Behinderte und 1 männlicher Versehrter erkrankten, als sie schon berufstätig waren. Dieses Ergebnis bestätigt die Ansicht von A n d e r s [2], der von einem Berufswechsel ohne Umschulung abrät. Er fand dagegen nach Berufswechsel mit Umschulung häufiger einen sozialen Aufstieg.

Von 6o Probanden, die im ersten Lebensjahrzehnt erkrankten, suchten außer 12 Heimschüler nur 25 Behinderte (13 männliche, 12 weibliche) eine Berufsberatung oder die drei Versuchslehrstätten für Behinderte in West-Berlin auf, und zwar im Alter zwischen 2o und 35 Jahren. Probanden, die vor dem letzten Weltkrieg von der Kinderlähmung befallen worden waren, wußten damals vielfach nichts von einer Berufsberatung, andere verzichteten auf sie oder hielten eine Beratung nicht für notwendig.

Fall 5: 23jähriger Mann mit völliger Lähmung des linken Beines und der Bauchmuskulatur, teilweiser Lähmung des rechten Beines und der Rückenmuskulatur. Er bewohnt einen ca. 4o qm großen Kellerraum, der teilweise verwahrlost ist. Da der Vater in der DDR lebt, die Mutter verstorben ist und er sonst keine Verwandten und Freunde hat, lebt der Proband völlig abgeschieden, mit sich und dem Fernsehapparat allein. Trotz Berufsberatung gelang es ihm zunächst nicht, einen geeigneten Beruf zu finden. Eigene Versuche scheiterten anfangs ebenfalls, führten aber schließlich doch zum Erfolg. Zur Zeit der Befragung hatte er eine Lehrstelle als Maschinengraveur in Aussicht.

Im allgemeinen Teil wurde schon erwähnt, daß kein Gelähmter nach Abschluß der Behandlung an seinen früheren Arbeitsplatz zurückgekehrt ist. In Rechnung zu stellen ist jedoch der frühe Beginn der Kinderlähmung und damit die geringe Zahl der Probanden, die schon vor Eintritt der Erkrankung berufstätig waren.
Eine Tätigkeit vorwiegend im Sitzen führen 51 (35 männliche, 16 weibliche), eine solche ausschließlich im Stehen 7 (4 männliche, 3 weibliche) Probanden aus. Weitere 7 von insgesamt 65 erwerbstätigen Probanden (einschließlich derjenigen, die sich in der Ausbildung befinden; vgl. Tab. 12) gehen einer Beschäftigung

teils im Stehen, teils im Gehen oder im Sitzen nach.
Über einen besonderen Stuhl (Schwerbeschädigtenstuhl, Stuhl mit Armlehnen) bei ihrer Arbeit verfügten 14 Behinderte (1o männliche, 4 weibliche). Ein männlicher Proband ist bei seiner Arbeit, die er im Stehen ausführt, mit Haltegurten gesichert. Nur einen Mann stören seine Beinstützapparate bei seiner Tätigkeit.

Tab. 29 Zusätzliche Arbeitspausen

	Männer	Frauen	insgesamt
keine Pause	2	1	3
bis zu 3o Min.	33	16	49
3o - 6o Min.	3	2	5
über 6o Min.	0	2	2
unbestimmt	5	1	6
insgesamt	43	22	65

Werktäglich essen 9 Männer und 2 Frauen regelmäßig, 21 männliche und 2o weibliche Probanden gelegentlich in der Werkkantine. 3 Männern ist der Weg dorthin zu umständlich und zu beschwerlich. Die Tabellen 3oa und 3ob zeigen die durchschnittliche Dauer des Arbeitsweges und die Mittel, mit denen der Weg zurückgelegt wird:

Tab. 3o a Dauer des Arbeitsweges

	Männer	Frauen	insgesamt
bis 1o Min.	12	5	17
bis 3o Min.	22	4	26
bis 6o Min.	6	11	17
über 3o Min.	3	2	5
insgesamt	43	22	65

Tab. 3o b Art der Bewältigung des Arbeitsweges

	Männer	Frauen	insgesamt
mit öff.Verkehrsmitteln: Bus	8	9	17
Untergrundbahn	7	4	11
mit Selbstfahrer	4	0	4
mit PKW	23	6	29
zu Fuß	1	3	4
insgesamt	43	22	65

Die längere Dauer des Arbeitsweges bei den weiblichen Körperbehinderten - ohne daß die Wegstrecke länger ist - ist darauf zurückzuführen, daß von jenen eine relativ größere Anzahl die öffentlichen Verkehrsmittel benutzt als von den männlichen Probanden. 4 männliche und 5 weibliche Versehrte müssen z.T. mehrmals umsteigen; 2 männliche Probanden haben einen Fußweg von mehr als

5 Minuten zu den Haltestellen zurückzulegen. Ständige Hilfe, um den Weg zur Arbeit zu bewältigen, benötigen 4 Männer und 3 Frauen, bei widrigen Wetterverhältnissen wie Schnee, Eis usw. weitere 10 männliche und 7 weibliche Probanden. Auf Grund ungünstiger Verkehrslage war bei 7 Behinderten ein Kraftwagen unbedingt erforderlich. Ein Beispiel gibt folgender Fall:

Fall 6: Die 35jährige Gerichtsreferendarin erkrankte mit 10 Jahren an Poliomyelitis. Nach 2jährigem Krankenhausaufenthalt (1/4 Jahr in der Eisernen Lunge) wurde sie mit schwersten Restlähmungen entlassen; sie kann nur mit Mühe Hände und Finger bewegen und sitzt ständig im Rollstuhl. Nach Abitur und Jurastudium bereitete sie sich z.Zt. der Befragung auf die Zweite Juristische Staatsprüfung vor. Sie wird jeden Tag von ihrem 68jährigen Vater im PKW zum Landgericht gefahren und wieder abgeholt. (ein Weg ca. 22 km lang).

Zufrieden mit ihrem Arbeitsplatz nannten sich 33 männliche und 19 weibliche Probanden; 10 Männer und 3 Frauen fühlen sich beruflich benachteiligt. Dafür wurden Gründe wie "ich wollte einen anderen Beruf ergreifen" oder "ich wäre sonst finanziell höher eingestuft", am häufigsten vorgebracht.
7 männliche und 2 weibliche Probanden betreiben eine regelmäßige Heimarbeit (Basteln, Malen, Schneidern, Schreibarbeit); 2 männliche Behinderte und die beider weiblichen, die nicht erwerbstätig sind, erzielen einen Nebenverdienst. Zwei Beispiele sollen die unterschiedlichen Voraussetzungen für eine Heimarbeit zeigen:

Fall 7: 41jähriger Mann mit fast totaler Tetraplegie. Da er nur unter größten Anstrengungen im Rollstuhl sitzen kann, verbringt er den größten Teil des Tages im Bett. Er malt Bilder, die er auf Ausstellungen verkauft. Seine Ehefrau, die als Krankenschwester tätig ist, kümmert sich aufopfernd um ihn.

Fall 8: 23jährige Frau mit totaler Paraplegie der Beine. Sie hat einen Fernkursus für Bürogehilfinnen absolviert und die Abschlußprüfung bestanden. Trotz großer Bemühungen kann sie keinen Arbeitsplatz finden; selbst der ärztliche Direktor einer großen Klinik hat sie abgewiesen, nach ihrer Aussage angeblich wegen "Verdachtes geistiger Unzulänglichkeiten", obwohl eine freie Stelle vorhanden war. Sie erledigt zweimal monatlich Schreibarbeiten für die Evangelische Kirche und malt Bilder, muß aber von den Eltern versorgt und unterhalten werden.

Hilfsarbeiten im Haushalt führen regelmäßig 6 erwerbstätige Frauen aus; 8 berufstätige Männer nehmen kleinere Reparaturen vor. 12 alleinstehende Versehrte (4 männliche, 8 weibliche) müssen ihre Haushaltsarbeiten selbst ausführen; 2 Männer und 6 Frauen können auf eine Haushaltshilfe rechnen.

L u n d t [54] hat auf die Nachteile für behinderte Hausfrauen in der BRD hingewiesen. Keine der von ihm befragten 14 Hausfrauen verfügte über spezielle Einrichtungen oder Hilfsmittel für die Hausarbeit. Auch in keinem anderen Behindertenhaushalt waren organisatorische oder technische Hilfen für die körperbehinderte Frau vorhanden, wie sie bereits in den USA, in Schweden und in England bestehen (Apelquist, [5], Lundt[54]).
5 Männer und 8 Frauen, die während ihrer Berufstätigkeit erkrankten, konnten beruflich nicht rehabilitiert werden. G i e t [29,3o] schließt auf eine depressive Haltung spät Erkrankter gegenüber den charakterlich gefestigten Jugendlichen, die in den einzelnen Phasen der Rehabilitation mit Lebens- und Arbeitswillen gerüstet sind. Bei den männlichen und bei 3 weiblichen Probanden hatte sich eine erfolgreiche Rehabilitation wegen der Schwere der Behinderung als unmöglich erwiesen. Genaue Angaben über die weiteren Gründe des Scheiterns setzen eine lückenlose Prüfung der Rehabilitationsmaßnahmen voraus, die mir nicht möglich war.
Der Bericht von G r o e t e n h e r d t [32,33] läßt poliomyelitisgeschädigte Jugendliche in der durchschnittlichen Leistungsfähigkeit (Arbeitsleistung bemessen nach Arbeitsqualität, -quantität und Übungserfolg) 12 - 14jährigen gesunden Jugendlichen ebenbürtig erscheinen, während andere Körperbehinderte (Muskeldystrophiker, Skoliose-Behinderte, jugendliche Hirnverletzte, Spastiker) schlechter abschneiden.
Über die berufliche Bewährung der befragten Probanden konnte ich keine objektive Beurteilung einholen. In den USA ist es der Counselor (s.S.27), der durch Befragung an sämtlichen Arbeitsstellen eines Probanden ein annähernd einwandfreies Urteil über die berufliche Bewährung des einzelnen abgeben kann.

V) Umwelt

Dem Kind mit frühzeitig aufgetretenen Funktionsstörungen des Haltungs- und Bewegungsapparates fehlt das bewußte Erleben der physiologischen Funktion; den Unterschied zum Gesunden erkennen diese Kinder erst im Laufe ihrer geistigen Entwicklung, wenn sie Vergleiche mit Familie und Spielgefährten durchführen können (Eckardt,[2o]). Katamnestische Untersuchungen von L a n g e - C o s a c k [5o] an poliomyelitsgelähmten Kindern und Jugend-

lichen zwischen dem ersten und dem 18. Lebensjahr in Berlin zeigen, daß diese sich äußerlich dem Zustand der bleibenden Behinderung verhältnismäßig gut anpaßten. Schwierigkeiten waren bei 15 von 75 Behinderten zu verzeichnen; meist konnten sie auf Erziehungsschwierigkeiten der im Kleinkindalter Erkrankten und mehr oder weniger grobe Umweltschäden zurückgeführt werden. Nach G i e t [3o] sind jugendliche Behinderte "charakterlich gefestigt" und bringen mehr Lebens- und Arbeitswillen als spät Erkrankte auf. L a n g e - C o s a c k und M a t t h e i s [5o] fordern eine heilpädagogische Betreuung zur Verhinderung seelischer Fehlentwicklung.

Das Bewußtsein, lebenslang gelähmt zu sein, ist stets eine schwere seelische Belastung. Nach Ansicht E c k h a r d t s [2o] ist der psychische Schock, den der bereits als Kind Erkrankte erleidet, wenn er sich jener Tatsache allmählich bewußt wird, das schwerste Hindernis für die Wiedereingliederung. G i e t [3o] dagegen meint, die Rehabilitation spät Erkrankter sei wegen deren depressiver Haltung schwieriger. Nicht nur die persönliche Initiative des Behinderten, sondern auch das Verhalten der Angehörigen spielt bei der Überwindung seelischer Belastungen eine entscheidende Rolle (Lundt, [54]). Eine bedeutungsvolle Teilaufgabe der Körperbehindertenbetreuung sieht L u n d t in der den Verhältnissen angepaßten rechtzeitigen und umfassenden Unterrichtung der Angehörigen.

B e c k e r [6] fordert getrennte berufliche Eingliederungsverfahren für Jugendliche und Erwachsene; Jugendliche sollen eine langfristige Ausbildung auf breiter Basis erhalten mit dem Ziel der Persönlichkeitsbildung, Erwachsene dagegen eine kurzfristige Spezialausbildung, wenn sie nicht direkt an einen Arbeitsplatz vermittelt werden können. W i t t [7o] hält im Rahmen einer sinnvollen Nachbehandlung Sport und Leibesübungen für geeignet, die Leistungen des Behinderten weiter zu steigern, da er gerade im Spiel seinen körperlichen Schaden vergißt, dann aber erst seine Leistungsmöglichkeiten ausschöpft.

Von den 1o2 Behinderten dieser Befragung betrieben 7 männliche und 3 weibliche Probanden regelmäßig Versehrtensport; ein körperbehindertes Ehepaar hat sich auf der Sportstätte kennengelernt. Weitere 12 Versehrte würden sich sportlich betätigen, wenn der

Weg zur Sportstätte nicht so weit wäre.
Von einer ständigen fürsorgerischen Betreuung berichteten nur 3 Poliomyelitisgeschädigte. Die Fürsorger der Bezirke können jedoch wegen Überlastung infolge Personalmangels nur die notwendigsten Besuche absolvieren. Da die meisten Probanden und die in den orthopädischen Fürsorgestellen registrierten Poliomyelitisgelähmten rehabilitiert sind bzw. nicht mehr oder nicht mehr besser eingegliedert werden können, werden sie weitgehend als "abgeschlossene Fälle" behandelt.
Es besteht die Möglichkeit, daß die 13 nicht rehabilitierten Probanden (s.S. 32), obwohl sie durch fehlerhaftes Verhalten der Umwelt behindert wurden, eine gewisse Mitschuld an ihrer Lage tragen, sei es, daß sie es an eigener Initiative haben fehlen lassen, sei es, daß sie die angebotenen medizinischen und sozialfürsorgerischen Mittel nicht ausgeschöpft haben. Vielleicht sind es auch noch andere Umstände, die die Rehabilitation verhindert haben. Um dies festzustellen, hätte ich die Probanden jedoch schon während der einzelnen Rehabilitationsphasen beobachten müssen. Ferner wäre es notwendig gewesen, daß ich die Berichte der fürsorgerischen, medizinischen und eventuell der psychotherapeutischen Kräfte für jeden einzelnen Versehrten eingesehen hätte.

D) Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

102 Poliomyelitisgelähmte (51 Männer, 51 Frauen) aus fünf Bezirken West-Berlins, im berufsfähigen Alter und mit hochgradigen Lähmungen, wurden in dem Zeitraum vom November 1965 bis April 1966 befragt.

Die Kinderlähmung war vorwiegend im Kleinkind- und Schulkindalter aufgetreten; postpoliomyelitische Paresen haben nach einer durchschnittlichen Krankenhausbehandlung von 12 - 14 Monaten in 92 Fällen die untere Extremität mit oder alleinbetroffen. 85 der Erkrankten waren in einer Krankenanstalt behandelt worden; in 6o Fällen hatte sich der Zustand der Gelähmten noch nach Abschluß der stationären Behandlung innerhalb von fünf Jahren nach Beginn der Erkrankung gebessert. Von 4o Probanden, an denen eine Korrekturoperation vorgenommen wurde, vermerkten 25 eine Besserung. Ausreichende orthopädische Versorgung war bei allen Probanden gewährleistet; die Hilfsmittel wurden meist regelmäßig benutzt.

Von 41 verheirateten, 3 verwitweten und 5 geschiedenen Behinderten sind 2o männliche Versehrte nach Eintritt der Poliomyelitis Väter geworden; von 1o körperbehinderten Frauen wurden 17 Kinder geboren. Insgesamt brachten 13 Probandinnen 24 Kinder zur Welt.

3o Männer und 29 Frauen besaßen eine eigene Wohnung. 7o Behinderte wohnten im Vorderhaus; die unteren Stockwerke waren bevorzugt. Die Wohnungsverhältnisse, d.h. Ausstattung, Lage, Bauzustand usw. waren in 2 Fällen als sehr schlecht, in 11 Fällen als schlecht anzusehen. 3 Probanden müssen ihren Selbstfahrer im Freien abstellen.

59 Probanden haben die Grundschulreife, 31 die mittlere und 1o die Hochschulreife erlangt. 7 männliche und 18 weibliche Körperbehinderte haben ihre Berufsausbildung nicht abgeschlossen.

Unter 65 Erwerbstätigen, davon 6 in der Berufsausbildung, stehen 39 Angestellten oder Beamten 18 Arbeiter oder Handwerker gegenüber. Von 29 nicht erwerbstätigen Frauen sind 14 Hausfrauen. Den Beruf wechselten 25 Männer und 16 Frauen, wobei sich bei 7 Probanden, alle ohne Umschulung, die finanzielle Lage verschlechterte. 37 Versehrte nahmen die Berufsberatung in An-

spruch.
Fast die Hälfte aller berufstätigen Probanden legte den Weg zum Arbeitsplatz mit einem eigenen Kraftwagen zurück.
7 Körperbehinderte führen eine Tätigkeit vorwiegend im Stehen, 4 eine solche teils im Stehen, teils im Gehen aus. 1o männliche und 3 weibliche Berufstätige fühlen sich auf Grund der Behinderung beruflich benachteiligt.
Während die Erwerbstätigen mannigfache Erleichterungen in Anspruch nehmen können, verfügte keine körperbehinderte Hausfrau über besondere Einrichtungen oder Hilfsmittel im Haushalt.
13 Poliomyelitiker (5 männliche, 8 weibliche), die bei Eintritt der Kinderlähmung schon erwerbstätig waren, konnten beruflich nicht rehabilitiert werden. Probanden, die schon im Kleinkind- oder Schulkindalter erkrankten, konnten sämtlich eingegliedert werden.
Das durchschnittliche Nettoeinkommen pro Haushaltsmitglied betrug nach Abzug der geschätzten Kosten für Miete, Heizung, Gas und Elektrizität bei Männern und Frauen gleichermaßen 36o,- DM. Die Poliomyelitisgelähmten scheinen im Durchschnitt etwas ungünstiger gestellt zu sein als die übrigen Einwohner der BRD einschließlich West-Berlins. Außerdem sind sie infolge der Körperbehinderung zusätzlichen finanziellen Belastungen ausgesetzt. Dem jedoch sollen gesetzlich festgelegte Vergünstigungen entgegenwirken.
34 Probanden (14 männliche, 2o weibliche) bezeichnen ihr Einkommen als nicht angemessen. Eine objektive Bestätigung oder Widerlegung dieser Aussagen konnte in dieser Befragung nicht erreicht werden. Mit ihrem Einkommen konnten alle Probanden ihr Leben fristen.
Wesentliche Faktoren der Körperbehindertenbetreuung sind:

1.) eine optimale Kooperation der für die Körperbehindertenfürsorge zuständigen Stellen;
2.) die aktive Mitwirkung des Behinderten und seiner Familienangehörigen;
3.) die umfassende Unterrichtung der Betroffenen über die medizinischen und fürsorgerischen Hilfsmöglichkeiten;

4.) die Ausschöpfung verbliebener Leistungsreserven;

5.) die optimale Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln

und

6.) eine individuell ausgerichtete Psychologie des Behinderten und seiner engeren Umwelt.

E) Literaturverzeichnis

(1) Albert, W.: Lösung des Schwerbeschädigtenproblems durch Arbeit. Sozialpol. Schriften, H.3, Berlin: Dunker & Humblot 1956.

(2) Anders, W.: Essential points in rehabilitation. VII^{e} Symposium Européen Poliomyélite-Oxford 1961, A.E.P.th Bruxelles-Juillet 1962.

(3) Anders, W.: Poliomyelitisepidemiologie und -impfung in der Bundesrepublik Deutschland. Öff. Gesundheitsdienst 1965, H.8, 328.

(4) Anders, W.: Poliomyelitis und weibliches Geschlecht. Öff. Gesundheitsdienst 1957, H.2, 56 ff.

(5) Apelquist, G.: Rehabilitation der körperbeh. Hausfrau. Jahrbuch d. Fürsorge für Lörperbehinderte,1959, 168.

(6) Becker, F.: Eingliederung von jugendlichen Körperbeh. ins Erwerbsleben. Rehabilitation, Seinkopff Verlag, Darmstadt 1959.

(7) Becker, H.J.: Schwerbeschädigtengesetz. Verlag Franz Vahlen, 1955.

(8) Blohmke, F.: Wohnungen, Heime und öff. Einrichtungen für Körperbeh. Jahrb. d.Dt.Ve. d. Reh. Beh. e.V. 1965/66, 114.

(9) Briefs, P.J.: Selbsthilfe und Selbsthilfegeist bei den Körperbehinderten. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1954, 138.

(1o) Briefs, P.J.: Ist die handwerkliche Ausbildung für Körperbeh. noch zeitgemäß? Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1955, 41.

(11) Briefs, P.J.: Die berufliche Bewährung Körperbeh. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1955, 119.

(12) Briefs, P.J.: Die berufliche Bewährung kindergelähmter Körperbeh. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1952, 71.

(13) Bund.-Min.f. Arbeit u.Sozialordnung: Arbeits- und sozialstat. Mitteil. 1966, Nr. 5, 132; Nr. 6, 17o.

(14) Dahmen, G.u.O. Hepp: Maßnahmen und Möglichkeiten der Rehabilitation und Prävention im orthopäd. Bereich. Rehabilitation Umschau-Verlag, Frankfurt a.M., 1965, 78 f.

(15) Deut. Ver.z. Bekämpf. d. Kinderlähmung: Stand der Poliomyelitis-Schutzimpfung in den europ. Ländern. Öff. Gesundheitsdienst 1964, H.2, 1o5 (Wiss. Rundschr. Nr. 213).

(16) Debre, R. u. Mitarb.: Poliomyelitis. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1956.

(17) Dicke, W.: Möglichkeiten der Berufsausbildung und Berufsbewährung von Kindergelähmten. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1952, 75.

(18) Dubbelmann, C.P.: Tijdschr. soc. Geneesk. 47, 1969, 2.

(19) Duntze, J.: Rehabilitation Behinderter nach dem Bundessozialhilfegesetz. Jahrb. d. Dt. Ve. f. Reh. Beh. e.V. 1965, 56.

(2o) Eckhardt, H.: Rehabilitation jugendlicher Schwerstkörperbehinderter. Rehabilitation, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1962.

(21) Edelmann, E.: Zahl und Lebenslage der von Geburt oder Kindheit an Erwerbsbeschränkten und Erwerbsunfähigen. Inaug. Diss. Köln, 1958.

(22) Eickler, J.: Industrieausbildung schwerbehinderter Jugendlicher. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1958,2o7.

(23) Fredenhagen, H.: Die poliomyelitische Lähmung und ihre Behandlung. Benno Schwabe Verlag, Basel 1961.

(24) Frey, R.: Beschäftigung Schwerbehinderter um der Beschäftigung willen. Pro infirmis, Nr. 1o, April 1964 Zürich, 33o ff.

(25) Friedebold, G.: Der Einfluß des Willens bei gelähmten Kranken, Berliner Medizin 196o, H. 11, 16o ff.

(26) Gardemin, H. in
Tietze, A.u. Kühne: Die Poliomyelitis. Walter de Gruyter & Co., Berlin 1949.

(27) Gardemin, H.: Die Bedeutung der Beschäftigungstherapie und der Arbeitstherapie für die Eingliederung Körperbeh. Gesundheitsfürs. 1959, H.9, 63.

(28) Gardemin, H.: Epidemiologie und Krankheitsverlauf der Poliomyelitis. Jahrb. d. Fürs. Körperbeh. 1952.

(29) Giet, J.: Erfahrungsbericht aus den Anstalten der Josephs. Ges. für kath. Körperbehindertenfürsorge von 19o4 - 1951. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1952, 82.

(3o) Giet, J.: Zur Frage der nachgehenden Fürsorge. Jahrb. der Fürs. f. Körperbeh. 1955, 51.

(31) Gottschick, H.: Das Bundessozialhilfegesetz. Carl Heymanns Verlag KG. 1962.

(32) Groetenherdt, K.: Der Muskeldystrophiker arbeitspsychologisch gesehen. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 196o,129.

(33) Groetenherdt, K.: Die Bewährung des Behinderten auf dem Arbeitsplatz. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1961, 21.

(34) Grüninger, U.: Rehabilitation bei Poliomyelitisgeschädigten in den USA. Die Therapiewoche, Mai 1961, 446.

(35) Güntz, E.: Die speziellen Aufgaben der Orthopädie in der Eingliederung der Kindergelähmten. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1958, 14.

(36) Hackenbroch, M. u. A. Rütt.: Die Früh- und Spätbehandlung der Kinderlähmung als Aufgabe des Orthopäden. Die Medizinische, 1955, Nr. 44.

(37) Haller, A.: Ein Wohn- und Arbeitsheim für körperlich Schwerbehinderte im Betrieb. Pro infirmis, Nr. lo April 1964 Zürich, 332 ff.

(38) Henneberg, G.: Poliomyelitis-Schutzimpfung mit Lebendimpfstoff (Cox) in Berlin im Mai 196o. Bundesgesundheitsbl. 1962, H. lo, 153.

(39) Hofrichter, M.: Die Bedeutung der öff. Arbeitsvermittlung im Rahmen der berufl. Rehabilitation. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1962, 192.

(4o) Hofrichter, M.: Methoden und Ergebnisse der berufl. Rehab. und der Beschäftigung. Jahrb. d. Dt.Ve. f. d. Reh. Beh. e.V. 1964, 51.

(41) Jochheim, K.A.: Grundlagen der Rehabilitation in der BRD. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1958, 51, 66.

(42) Jochheim K.A.: Zur Behandlung und berufl. Eingliederung von Poliomyelitiskranken. Med. Klinik 1961, H. 22, 954.

(43) Katthagen: Über Erfahrungen bei der ärztl. Betreuung von Körperbeh. während der Schul- und Berufsausbildung. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1955, 163.

)44) Katthagen: Berufsberatung und Berufsfindung. Jahrb. d.Fürs. f. Körperbeh. 1969, 121.

(45) Kukowka, A.: Aktuelle Poliomyelitisprobleme. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1955.

(46) Kukowka, A.: Die neue Situation auf dem Gebiet der Poliomyelitis und die sich ergebenen Fragen und Folgerungen. Deut. Gesundheitswesen 1961, H. 22, loo8; H. 23, lo45.

(47) Kukowka, A.: Über Infektionsmaßnahmen, speziell über die Rehabilitation Poliomyelitisgelähmter in Österreich. Deut. Gesundheitswesen 1961, H. 49, 2311; H. 5o, 2374.

(48) Kochs, H.: Zur oralen Schutzimpfung gegen Polio in West-Berlin 196o. Bundesgesundheitsbl. 1961, H. lo, 149.

(49) Lampert, H.: Behandlung langdauernder Restzustände nach Kinderlähmung. Deut. Med. Journal 1958, H. 5, 222.

(5o) Lange-Cosack, H. u. R. Mattheis: Über das psychische Verhalten von Kindern und Jugendlichen mit poliomyelitischen Dauerlähmungen. Jahrb. f. Jugendpsychatrie u. ihre Grenzgeb., Hans Huber Verlag Stuttgart und Bern 1956.

(51) Lindemann K.: Die Aufgabe der Fürsorge für Poliomyelitis-Kranke im Spätstadium. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1954, 59.

(52) Lindemann K.: Die Eingliederung der Kindergelähmten in ihrer historischen Entwicklung. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1958, lo.

(53) Lindemann K.: Voraussetzungen für eine planmäßige Rehabilitation Schwerbehinderter. Jahrb. d. Dt. Ve. f. d. Reh. Beh. e.V. 1965/66, 1o.

(54) Lundt, P.V.: Zur Lebenssituation von Körperbehinderten. Abhandlung aus dem Bundesgesundheitsamt, H. 5, Springer Verlag 1962.

(55) Mark, J.: Wohnungsverhältnisse Körperbehinderter in Aarhus. Deut. Gesundheitswesen Dez. 1968, 938 ff.

(56) Müller, E.: Anregungen an England. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1958, 199.

(57) Nixdorf-Bornemann: Ärztl. Begutachtung für die Rentenversicherungen der Arbeiter und Angestellten. Gustav-Fischer Verl. 1964, 424.

(58) Panse, F.: Med. und berufl. Rehabilitation in den USA; Rationalisierungskuratorium der Deut. Wirtschaft, Auslandsdienst, Carl Hauser Verlag, München 1958.

(59) Panse, F.: Rehabilitation in der Neurologie. Rehabilitation, Umschau-Verlag, Frankfurt a.M. 1965, 1o6.

(6o) Sasse: Ärztl. und fürsorg. Betreuung von Körperbeh. nach dem Körperbehindertengesetz in Berlin mit stat. Unterlagen. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1962, 137.

(61) Senator f. Finanzen, Berlin: Steuer- und Zollbl. f. Berlin, 16. Jahrg., Nr. 2 (LStDV v. 22.11.65, § 26); Nr. 38 (EStDV v. 15.4.66, § 65).

(62) Schriften des Deut. Vereins f. öff. und private Fürsorge: 4 Jahre BSHG und Jugendwohlfahrtsgesetz, Eigenverl. d. Deut. Ver. f. öff. u. private Fürs. 1966 (Schrift 232).

(63) Schücking, B. u. G. Huchthausen: Leitfaden der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Steinkopff Verlag Darmstadt 1961.

(64) Schwarze in Bund.-Min. f. Arbeit und Sozialordnung: Anhaltspunkte f. die ärztl. Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen, Köllen Verlag Bonn 1965.

(65) Stat. Landesamt Berlin: Stat. Jahrb. Berlin 1966, 1967, Kulturbuchverlag Berlin.

(66) Vietor, D.: Moderne Wege zur Berufsausbildung Körperbeh., evtl. Einrichtung von Industrie-Werkstätten. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1955, 35.

(67) Werschat, P.: Die Aufgabe der Körperbehindertenfürsorge in der Ertüchtigung Kindergelähmter. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1958, 2o.

(68) Wiemtzen, E.: Die psychologische Heilbehandlung des Krüppels, spez. des Kindergelähmten. Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1956, 123.

(69) Witt, A.N.: Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1958, 28.

(70) Witt, A.N. in
Presber, W.: Zwischen Krankenhausbehandlung und Berufseinsatz. Rehabilitation, VEB Verlag Volk und Gesundh., Berlin 1962.

(71) Wöhler, F. u. O. Vivell; Klinische Probleme der Poliomyelitis und verwandter Viruskrankheiten. 8. Freiburger Symposion, Springer Verlag 1961.

(72) Ziem, H.: Der Beschädigte und Körperbehinderte im Daseinskampf einst und jetzt. Sozialpol. Schriften, H. 4, Berlin: Dunker & Humblot 1956.

F) Anhang

DESGESUNDHEITSAMT

BERLIN-DAHLEM, den 11. Okt. 1965
Thielallee 88/92
Postanschrift: 1 Berlin 33 - Postfach
Ortsruf: 765281 - Hausruf: 497
Selbstwählferndienst: 0311
Fernschreiber: 0184016

Sehr geehrte(r) Herr/Frau/Fräulein

Das Bundesgesundheitsamt beabsichtigt, in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen wissenschaftliche Untersuchungen über das Ausmaß und die Auswirkungen früherer Epidemien an Kinderlähmung durchzuführen, deren Ergebnisse Unterlagen für Maßnahmen zugunsten der an den Restzuständen dieser Krankheit Leidenden liefern können.

Die Untersuchung ist rein wissenschaftlichen Fragen gewidmet.

Herr Günther E i s e l t wird diese Untersuchung durchführen. Er ist dabei auf Ihre Mithilfe angewiesen, und ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie sich dazu bereit finden würden, die Erhebung zu unterstützen. Es handelt sich dabei lediglich um eine kurze Befragung, die zu einer Ihnen passenden Zeit in Ihrer Wohnung durchgeführt werden soll. Hierdurch soll Ihnen Mühe und Zeitverlust erspart werden.

Herr Eiselt beabsichtigt, Sie am ..... um ..... Uhr zu besuchen. Er wird sich entsprechend ausweisen. Selbstverständlich wird alles, was Sie sagen, strengster Verschwiegenheit unterliegen.

Bitte, teilen Sie auf der anliegenden Postkarte mit, ob Sie grundsätzlich zur Mitarbeit bereit sind und ob Ihnen der vorgeschlagene Termin für einen Besuch durch Herrn Eiselt recht ist oder ob Sie einen anderen Termin - gegebenenfalls welchen - wünschen.

Ich darf betonen, daß Ihre Mitarbeit an unserer Erhebung völlig freiwillig ist und daß Sie Ihre Zusage jederzeit widerrufen können.

In der Hoffnung auf eine zusagende Antwort verbleibe ich

Ihr sehr ergebener

(Dr.med. W. Anders)

Anlage:
1 Postkarte

Herrn

Wissenschaftlichen Oberrat
Dr.med. W. A n d e r s
im Bundesgesundheitsamt

1 B e r l i n 33
Postfach

Berlin, den 1965

Ich bin mit dem Besuch und dem Termin einverstanden.

Der Besuchstermin paßt mir nicht. Ich schlage dafür vor:

Ich bitte, von einem Besuch abzusehen.

Nichtzutreffendes
bitte streichen

F R A G E B O G E N

Tag der Befragung Zeit:
Dauer der Befragung

1.) Zur Person

Name: ..... geb. ..... Vorname: .....
geb.: .....
Wohnung:

2.) Zur Familie

Leben die Eltern ?
Wieviele Geschwister ? Leben ?
Stand des Vaters bzw. der Mutter (Haushaltungsvorstand)

a) ungelernter Arbeiter
b) Facharbeiter, Handwerker
c) mittl. Angestellter oder Beamter
d) leitender " " "
e) selbständig

3.) Zur eigenen Anamnese

verheiratet, ledig, verwitwet, geschieden

a) Heirat vor der Erkrankung
b) Heirat nach der "

Kinder

a) vor der Erkrankung geboren
b) nach der " "

bei Frauen: Verlauf der Entbindung(en)

4.) Zur Krankheit

Beginn

a) wann ?
b) in welchem Alter ?

Welche Krankenhäuser ?

Wie lange in stationärer Behandlung ?
- a) kontinuierlich
- b) intermittierend

Zustand nach Entlassung aus stat. Behandlung

jetziger Zustand
- a) gebessert ? inwiefern ?
- b) verschlechtert ? " ?
- c) unverändert

Welche Hilfsmittel ?
- a) orthopädische
- b) andere

Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit
- a) auf Grund der Körperbehinderung
- b) aus anderen Gründen
- c) seit wann ?

5.) Zur Wohnung
- a) eigene Wohnung
- b) bei Eltern bzw. Großeltern
- c) bei anderen Verwandten
- d) zur Untermiete

Wechsel der Wohnung
- a) vor der Erkrankung
- b) nach der "

Größe (qm), Zahl d. Wohnräume

Zahl der Bewohner

Hat der Proband eigene(s) Zimmer ?

Ausstattung
- a) welche Art der Heizung ?
- b) mit Bad oder Dusche ?
- c) mit eigener Toilette ?
- d) Gemeinschaftstoilette, für wieviele Mietparteien oder Personen
- e) ist die Wohnung dem Behinderten angepaßt ?
- f) hindernisfrei
- g) Unterbringung von Hilfsmitteln

- 3 -

Ist die Wohnung
- angemessen ?
- zweckmäßig ?
- besonders geeignet ?
- völlig ungeeignet ?

6.) Zum Beruf

Schulausbildung
- a) welche Schule
- b) aus welcher Klasse abgegangen ?
- c) welcher Abschluß ?

Berufsausbildung
- a) Fachschule
- b) Heimschule
- c) Lehre
- d) welcher Abschluß ?
- e) sonstige nachschulische Ausbildung

Berufswechsel
- a) ohne Umschulung ?
- b) mit Umschulung ? wo ? wann ?

Gründe des Berufswechsels
- a) wegen der Lähmung
- b) unabhängig davon

Arbeitsweg
- a) Dauer
- b) welche Verkehrsmittel ?
- c) ist fremde Hilfe nötig ?
- d) Beschwerlichkeit

Welche Arbeit ?

Arbeitszeit Wieviel Freizeit ?
- a) wie viele Arbeitsstunden wöchentlich ?
- b) tägl. Arbeitszeit

Arbeitsplatz
- a) Beschaffenheit
- b) besonderer Arbeitsplatz
- c) Umbau eines vorher innegehabten Arbeitsplatzes
- d) in wie weit stören Hilfsmittel bei der Ausführung ?

Mittagspause, wie lange ?

Werkkantine, wenn ja, essen Sie täglich dort ?

Welche Rehabilitationsmaßnahmen wurden durchgeführt ?
- a) von wem veranlaßt ?
- b) Kostenträger

eigene Stellungnahme
- a) zufrieden
- b) fühlen Sie sich wohl ?
- c) besondere Rücksichten
- d) fühlen Sie sich beruflich benachteiligt ? inwiefern ?

Stellung zu den Kollegen

falls am alten Arbeitsplatz: Verhalten und Stellung der Kollegen
- a) zum Körperbehinderten
- b) zu dessen Lähmung

Betriebsklima im allgemeinen

Hilfsbereitschaft

Behindertenfürsorge

Urlaub
- a) wie lange ?
- b) wird Urlaubsgeld gezahlt ?

Heimarbeit
- a) weshalb ?
- b) wie viele Stunden tägl. ?

Hilfsarbeiten im Haushalt ?

7.) Zum Einkommen

A) des Probanden

Höhe des Einkommens

a) vor der Erkrankung
b) nach der Erkrankung

Ist Ehepartner Mitverdiener ? wenn ja, muß ?

Aus welchen Quellen ?
a) Erwerbstätigkeit
b) Rente (Höhe)

Unfallrente

Versorgungsrente

Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente ?
Sozialrente ?

Pflegezulage

c) sonstige

B) Haushaltseinkommen
monatlich a) bis 200 DM
b) 200 DM bis unter 500 DM
c) 500 DM bis unter 800 DM
d) 800 DM bis unter 1500 DM
e) über 1500 DM

Leistungen aus dem Bundessozialhilfegesetz

Leistungen anderer Kostenträger (welche, wieviel, was) ?

Ausgaben
a) Miete
b) Heizungszulage
c) Gas und Strom
d) Ausgaben infolge der Körperbehinderung (Mehrausgaben)
e) besondere

Wird das Einkommen als angemessen angesehen ?

Sonstige Nachteile bzw. Vergünstigungen

8.) <u>Bilanz</u>
Stellungnahme des Befragers

Umweltfaktoren

Schlußergebnis

Mir sei an dieser Stelle gestattet, Herrn Professor Dr. P.V. Lundt, Direktor im Bundesgesundheitsamt, für die Überlassung des Themas und für die kontinuierliche Förderung der Arbeit ganz besonders zu danken. Insbesondere danke ich auch Herrn Professor Dr. G. Friedebold, Direktor der Orthopädischen Universitäts-klinik und -Poliklinik im Oskar-Helene-Heim für die Übernahme des Referates.

Lebenslauf

Als Sohn eines Arztes bin ich, Günther Eiselt, am 19. Juli 1942 in Teplitz-Schönau geboren worden.
Nach der Vertreibung im Jahre 1946 bin ich zwei Jahre später eingeschult worden, besuchte das Kant-Gymnasium zu Berlin-Spandau und legte auf dem humanistischen Zweig 1961 die Reifeprüfung ab.
Im Mai 1961 begann ich das Medizinstudium an der Freien Universität Berlin , bestand im Frühjahr 1962 die naturwissenschaftliche Vorprüfung und im Frühjahr 1964 die ärztliche Vorprüfung. Die beiden ersten klinischen Semester studierte ich an der Albert-Ludwig-Universität zu Freiburg i.Br., kehrte dann an die Freie Universität zurück und beendete am 27. September 1967 die ärztliche Prüfung.
Bisher war ich auf der Inneren, Chirurgischen, Gynäkologisch-Geburtshilflichen und Dermatologischen Abteilung verschiedener städt. Krankenhäuser in Berlin als Medizinalassistent tätig.